

Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen

Verschenen

Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 080

Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

ISBN 978 94 92121 233

Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren

ISBN 978 94 92121 240

(H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg

ISBN 978 94 92121 226

Handleiding CGT+ cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking

ISBN 978 94 92121 172

Werkboek CGT+

ISBN 978 94 92121 196 [set van twee exemplaren]

Handleiding 1 korte individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 004

Werkboek 1 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 097 [set van vier exemplaren]

Handleiding 2 individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 028

Werkboek 2 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 103 [set van vier exemplaren]

Handleiding 3 korte groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 042

Werkboek 3 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 110 [set van vier exemplaren]

Handleiding 4 groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 066

Werkboek 4 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken

ISBN 978 94 92121 127 [set van vier exemplaren]

Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten

ISBN 978 94 92121 134

Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten

ISBN 978 94 92121 141

Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten

ISBN 978 94 92121 165 [set van drie exemplaren]



Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen

Verantwoord ambulant of
intramuraal detoxificeren

Redactie: Boukje Dijkstra • Maureen van Oort • Cor de Jong

RESULTATEN SCOREN • AMERSFOORT

© 2017 Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier.

Boukje Dijkstra, Maureen van Oort, Cor de Jong



Auteurs

Hoofdstuk 1 • Consulten

- Dr. Boukje Dijkstra, onderzoeker/directeur NISPA
- Drs. Maureen van Oort, wetenschappelijk medewerker NISPA

Hoofdstuk 2A • Alcohol

- Drs. Mary Janssen van Raay, verslavingsarts KNMG, Antes /Bouman GGZ
- Drs. Tamara Schoof-Beelen, verslavingsarts KNMG, Vincent van Gogh

Hoofdstuk 2B • Opioiden

- Drs. Michel Wolters, verslavingsarts KNMG, Tactus verslavingszorg
- Drs. Mente van der Beek, verslavingsarts KNMG, De Hoop GGZ
- Drs. Thomas Knuyver, verslavingsarts KNMG, Iriszorg
- Drs. Maarten Belgers, verslavingsarts KNMG, Iriszorg

Hoofdstuk 2C • Benzodiazepinen

- Drs. Erik Paling, verslavingsarts KNMG, wetenschappelijk onderzoeker Novadic-Kentron

Hoofdstuk 2D • Gamma-hydroxybutyraat (GHB)

- Dr. Rama Kamal, verslavingsarts KNMG, Novadic-Kentron

Hoofdstuk 2E • Stimulantia

- Drs. Hans Post, verslavingsarts KNMG, Victas

Hoofdstuk 2F • Cannabis

- Drs. Hans Post, verslavingsarts KNMG, Victas
- Dhr. drs. Rouhollah Qurishi, verslavingsarts KNMG Novadic-Kentron en bestuurslid VVGN

Hoofdstuk 2G • Tabak

- Drs. Robert van de Graaf, verslavingsarts, Verslavingszorg Noord Nederland
- Drs. Josette Slingerland, verslavingsarts KNMG, De Hoop GGZ

Hoofdstuk 2H • Ketamine

- Drs. Thomas Knuyver, verslavingsarts KNMG, Iriszorg

Hoofdstuk 3 • Monitoring

- Drs. Maureen van Oort, wetenschappelijk medewerker NISPA
- Dr. Boukje Dijkstra, onderzoeker/directeur NISPA

ISBN 978 94 92121 240

NUR 751

Omslagontwerp en vormgeving binnenwerk: Inktwerk, De Meern

Uitgave

Stichting Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving in samenwerking met Perspectief Uitgevers.



Stichting Resultaten Scoren, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort
www.resultatenscoren.nl
info@resultatenscoren.nl



Perspectief Uitgevers, Korte Nieuwstraat 6R, 3512 NM Utrecht
www.zorg-perspectief.nl | www.perspectiefuitgevers.nl
info@perspectiefuitgevers.nl

VOORWOORD

Voor u ligt de handleiding voor het toepassen van de richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen (Dijkstra e.a., 2017). Deze handleiding beschrijft de praktische toepassing van de Richtlijn Detoxificatie. De wetenschappelijke onderbouwing van de handleiding is te vinden in de Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. In deze handleiding wordt gebruik gemaakt van het Cliëntenwerkboek Tijdens detoxificatie (van Oort & Dijkstra, 2017).

Voor de leesbaarheid wordt er in deze handleiding in de hij-vorm gesproken. Wanneer er hij, zijn of hem staat kan er ook zij of haar gelezen worden.

In het eerste deel worden de algemene taken per consult beschreven. In het tweede deel wordt per psychoactieve stof beschreven wat er gedaan moet worden tijdens het indicatietraject, welke medische behandelingen ingezet kunnen worden en waar specifiek opgelet moet worden. In deel 3 worden de vragenlijsten beschreven die ingezet kunnen worden voor het monitoren van het detoxificatieproces, de ROM-D.

INHOUD

1	Consulten	9
	A Consult – toeleidend gesprek	12
	B Consult – indicatiegesprek	14
	C Consult – startgesprek detoxificatie	19
	D Tussenconsulten	21
	E Afsluitend consult	23
	F Groepsconsulten	25
2	Hoofdstukken psychoactieve middelen	29
	A Alcohol	30
	B Opioiden	39
	C Benzodiazepinen	48
	D Gamma-hydroxybutyraat (GHB)	56
	E Stimulantia	64
	F Cannabis	70
	G Tabak	74
	H Ketamine	78
3	Monitoring: de ROM:D	81
4	Bijlagen	89
	Bloed Alcohol Concentratie (B.A.C.) scoringsformulier	90
	Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised (CIWA-Ar)	91
	Depressie Angst Stress (DASS) vragenlijst	94
	Minnesota gedragsbeoordelingslijst (MNWS-R)	95
	Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS)	96
	Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS)	97
	VAS voor craving	98



1 CONSULTEN

Boukje Dijkstra en Maureen van Oort

A	Consult – toeleidend gesprek	12
B	Consult – indicatiegesprek	14
C	Consult – startgesprek detoxificatie	19
D	Tussenconsulten	21
E	Afsluitend consult	23
F	Groepsconsulten	25



Richtlijnen specifiek gericht op het behandelonderdeel detoxificatie adviseren een gecombineerde farmacologische en psychosociale behandeling om het beste resultaat te behalen. Medische interventies zijn gericht op het minimaliseren van onthoudingsverschijnselen en complicaties. Psychosociale interventies hebben tijdens detoxificatie als doel de motivatie voor abstinentie te behouden en te vergroten (therapietrouw en motivatie voor vervolgbehandeling) en de overgang naar (ambulante) vervolgbehandeling te realiseren (planning). Bij psychosociale ondersteuning hoort het voorlichten van patiënten over de verwachte onthoudingsymptomen, het aanleren van strategieën om om te gaan met deze klachten en actuele onthoudingsymptomen te herkennen. In het geval van symptoomgerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de voor te schrijven medicatie. Patiënten vinden een concrete daginvulling en het betrekken van de familie erg belangrijk. Bij het verstrekken van informatie is het van belang om te controleren of de patiënt de gegeven informatie onthoudt en begrijpt. Daarom is het goed de informatie te doseren en te herhalen.

Om een detoxificatie uit te voeren is contact noodzakelijk met een arts of verpleegkundig specialist. Contacten en consulten kunnen via de huisarts of specialistische GGZ verlopen, ambulant en intramuraal plaatsvinden en zowel individueel als groepsgewijs uitgevoerd worden. Het is belangrijk om in elk consult aandacht te besteden aan de volgende onderdelen: detoxificatie, onthouding, voorlichting, belangrijke ander, (abstinentie-ondersteunende) medicatie, slaap, angstklachten en monitoring.

In een eerste contact wordt uitleg gegeven over intoxicatie, detoxificatie en abstinentie en worden de verwachtingen van de patiënt besproken. Als detoxificatie een reële vraag is dan volgt een consult waarin met behulp van een anamnestic, somatisch en psychiatrisch onderzoek de indicatie verder onderzocht en bepaald wordt. Tijdens het startgesprek worden de gegevens geactualiseerd en start de medische detoxificatie. Afhankelijk van de setting, het middel en de ernst van de verwachte onthouding vinden tussentijdse consulten dagelijks tot wekelijks plaats. Een afsluitend consult vindt plaats als er geen objectieve onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn. De detoxificatie wordt geëvalueerd en vervolgbehandeling wordt opgepakt.

Een overzicht van de consulten is in Tabel 1 uitgewerkt, waaruit blijkt wie wat doet op welk moment. De beschreven consulten zijn een leidraad voor de begeleiding van de patiënt voor en tijdens detoxificatie. Het kan zijn dat niet alle beschreven taken passen binnen de instellingsprocedures. Er zijn bewuste afwegingen gemaakt tussen de toepasbaarheid en specificiteit in beschrijving, al kan dit in enkele gevallen wringen. Het is aan de specialisten en de instellingen om deze balans aan te vullen waar nodig.

! De patiënt kan onder invloed zijn bij de start van een consult. Het kan hierdoor ingewikkeld zijn de mate van gebruik juist in te schatten en een goede anamnese af te nemen. Informatie beklijft ook slecht als een patiënt onder invloed is. Afhankelijk van de ernst van de intoxicatie gaat het consult door. Zo mogelijk bespreekt de behandelaar/specialist met de patiënt zijn intoxicatie, het belang van het consult en stimuleert de patiënt 'minder geïntoxiceerd' op het volgende consult te komen. Er wordt besproken hoe dit door de patiënt te realiseren is.

! Houd er rekening mee dat patiënten met hevige onthoudingsverschijnselen sneller stoppen met de behandeling en vaker terugvallen in gebruik. Indien hier sprake van is, is het van belang extra aandacht en begeleiding te bieden aan deze groep patiënten om ervoor te zorgen dat patiënten in behandeling blijven.

Tabel 1

Overzicht consulten, zowel ambulante en/of intramuraal als individueel en/of groepsgewijs.

	Toeleidend consult	Indicatieconsult	Startgesprek detoxificatie	Tussenconsulten	Afsluitend consult
Behandelaar	X				
Arts		X	X	bij indicatie	X
Verpleegkundig specialist	X	X	X	X	X
Verpleegkundige	X		in samenwerking/ nooit alleen	X	
Ambulante setting	X	X	X	X	X
Klinische setting	X*	X*	X	X	X
Individueel	X	X	X	X	X
Groep				X	

* bijvoorbeeld bij crisis/spoedopnames of bij opnames zonder primaire detoxificatievraag

- Doel** Uitleg geven over intoxicatie en detoxificatie en abstinentie; ambulante versus klinische; verwachtingen van de patiënt bespreken; motivatie versterken.
- Wie** Behandelaar, verpleegkundig(e) (specialist) of arts.
- Waar** Meestal ambulante.
- Benodigdheden**
- Monitoringvragenlijsten onthouding en craving.
 - Voorlichtingsmateriaal zo nodig.
 - Werkboek *Tijdens detoxificatie*.
 - Laboratoriumformulier.

Taken toeleidend gesprek

- 1 Eventuele kennismaking met de patiënt.
- 2 Bespreken abstinentie als behandeldoel.
- 3 Uitgebreide uitleg over detoxificatie.
- 4 Rol van monitoring tijdens de detoxificatie.
- 5 Gebruik van abstinentie-ondersteunende medicatie.
- 6 Belang van de betrokkenheid van een belangrijke ander.
- 7 Psychosociale ondersteuning door de hulpverlener.
- 8 Beoordeling praktische behoeften rondom therapiedeelname.
- 9 Uitleg werkboek *Tijdens detoxificatie*.
- 10 Afspraak vervolgspraak met arts en/of verpleegkundige.
- 11 Laboratoriumformulier meegeven voor bloedprikken.

Abstinentie als behandeldoel

De motivatie voor abstinentie wordt uitgevraagd. Uitgelegd wordt dat abstinentie niet de oplossing is voor alle secundaire problemen, maar dat het een deel is van de behandeling om te komen tot een abstinent leven. Abstinentie zorgt ervoor dat de patiënt een stabiele leefstijl kan ontwikkelen die belangrijk is voor het behouden van abstinentie en andere doelen. Risico's bestaan uit een uitglijder of terugval. Een uitglijder kan een leerervaring zijn, maar terugval is eerder een faalervaring. Faalervaringen dienen zoveel mogelijk vermeden te worden.

Uitleg over detoxificatie

Er wordt in het kort uitleg gegeven over de verschillende mogelijkheden om te komen tot abstinentie (ambulante/intramurale, individueel/groep, snel/langzaam). Detoxificatie kan uitgevoerd worden voor één middel of meerdere middelen tegelijkertijd. Bij polydruggebruik hoeft het doel niet onmiddellijk abstinentie van andere middelen te zijn, al kan een middel/intoxicatie wel een terugval in ander middelgebruik initiëren. De rol van medicatie en het belang van consequente inname wordt besproken. Algemene informatie wordt gegeven over mogelijke effecten van detoxificatie, zoals de te verwachten onthoudingssymptomen, mogelijke slaapproblemen, veranderingen in gemoedstoestand, belang van goede voeding en dergelijke.

Rol van monitoring

Uitleg over de vragenlijsten die worden afgenomen tijdens detoxificatie (onthouding, craving) en het doel van deze vragenlijsten. Uitleggen dat mogelijk urine-onderzoek en blaastesten worden afgenomen en de functie daarvan. Urine-onderzoek en blaastesten kunnen een stimulans zijn om de abstinentie vol te houden (stok achter de deur) en positief gedrag te bekrachtigen. Daarnaast kan het een terugval bespreekbaar maken. Het is niet bedoeld als 'controle'.

Abstinentie-ondersteunende medicatie

Patiënt krijgt informatie over de verschillende mogelijkheden om abstinentie-ondersteunende medicatie te gebruiken tijdens of na detoxificatie. Voor- en nadelen worden besproken. De patiënt wordt sterk gemotiveerd hiermee te starten als dit nodig en mogelijk is.

Belangrijke ander (coach)

De belangrijke ander kan de inname van (abstinentie-ondersteunende) medicatie steunen. Daarnaast kan de coach ook ondersteunen in het herkennen en bespreken van risicosituaties om terugval te voorkomen. Vraag of de patiënt een belangrijke ander heeft die deze rol kan en wil vervullen. Vervolgens maakt de behandelaar de inschatting of deze persoon voor de volgende sessie gevraagd wordt mee te komen en of deze persoon ook later in de behandeling kan / moet worden uitgenodigd. Bespreek ook het belang van een signaleringsplan ter voorkoming van terugval. Wat doet de patiënt als hij het gevoel heeft terug te vallen in middelengebruik? Welke rol kan de belangrijke ander hierin vervullen?

Praktische behoeften

De hulpverlener neemt de praktische behoeften van de patiënt door. Deze hebben vooral betrekking op sociaal-maatschappelijke gebieden als huisvesting, kinderopvang en vervoer, zodat helder wordt of detoxificatie op dat moment haalbaar is en wat er moet gebeuren om het haalbaar te maken.

Uitleg werkboek *Tijdens detoxificatie*

De patiënt krijgt het werkboek uitgereikt dat tijdens en na de detoxificatie gebruikt kan worden. De opbouw van het werkboek wordt doorgenomen en de informatie en opdrachten die voor de betreffende patiënt relevant zijn worden toegelicht.

Afsluiting

Bespreek wederzijds resterende vragen. Leg uit dat de patiënt in een volgend consult medisch gescreend wordt en dat beoordeeld wordt of de detoxificatie ambulante kan plaatsvinden of beter intramuraal. In veel gevallen kan een laboratoriumonderzoek al vroegtijdig in gang gezet worden, zodat de uitslag ervan bij de indicatiestelling meegenomen kan worden. Wat er geprikt moet worden is in de hoofdstukken 'Psychoactieve middelen' per middel uitgewerkt. Het is van belang ervoor te zorgen dat er een nieuwe afspraak gepland staat.

B Consult – indicatiegesprek

14

Doel Anamnese; somatisch en psychiatrisch onderzoek en indicatiestelling.

Wie Verpleegkundig specialist of arts.

Waar Meestal ambuland.

- Benodigheden**
- Formulier voor anamnese.
 - Monitoringvragenlijsten onthouding en craving.
 - Behandelovereenkomst.
 - Voorlichtingsmateriaal zo nodig.
 - Werkboek *Tijdens detoxificatie*.
 - Berichtgeving huisarts.
 - Laboratoriumformulier.

Taken indicatiegesprek

- 1 Korte terugblik op consult 0 (als consult 0 niet is uitgevoerd, dan consult 0 integreren in consult 1).
- 2 Uitvoeren anamnese: korte verslavingsanamnese en middelengebruik, onthoudingsverschijnselen, behandelingen, medische voorgeschiedenis, somatische anamnese, huidige medicatie, slapen, korte sociale anamnese en familieanamnese.
- 3 Lichamelijk en psychologisch onderzoek: intern onderzoek, neurologisch onderzoek, psychiatrische indruk, aanvullend onderzoek, algemene samenvatting en conclusie.
- 4 Indicatie detoxificatie aan de hand van de indicatiecriteria.
- 5 Bespreken conclusies en beleid.
- 6 Uitgebreide uitleg over detoxificatie, klachtenpatroon en te gebruiken medicatie.
- 7 Behandelovereenkomst: samen met patiënt definitief starttijdstip bepalen van detoxificatie, bespreken van urineonderzoek op gebruikte middelen en medicatiebeleid.
- 8 Vervolgafpraak met arts en/of verpleegkundige: inschatten te verwachten complicaties.

Anamnese

Klachten van detoxificatie verschillen per patiënt. Voordat men start met een detoxificatie is het goed bij de patiënt na te vragen welke klachten hij verwacht, zodat daar tijdens de detoxificatiebehandeling aandacht aan besteed kan worden. Goed doorvragen is nodig over gebruikte medicatie van patiënten. Verificatie bij voorschrijvend artsen en apotheken laat nog wel eens een discrepantie zien. Vooral patiënten met een hoge dosisafhankelijkheid of polidruggebruik kunnen hun gebruik overdrijven in de hoop dat er meer wordt voorgeschreven. Bij het afnemen van de anamnese bij een patiënt die zich meldt voor een detoxificatie zijn de volgende punten met name van belang.

Korte verslavingsanamnese en middelengebruik

Hierin wordt een onderscheid gemaakt in het hoofdmiddel(en) en bijgebruik. Van elk middel wordt geïnformeerd naar totale gebruiksduur, frequentie van gebruik, dagelijkse dosis, manier van gebruik, aantal keren en tijdsduur van abstinentie en doel van gebruik. Speciaal wordt het intraveneus spuiten en tabaksgebruik in kaart gebracht.

Middelengebruik in de laatste vier weken

Specifiek wordt het middelengebruik in de laatste vier weken uitgevraagd. Hierbij wordt in deze periode elk gebruikt middel genoteerd met daarbij hoeveelheid, frequentie van gebruik, manier van gebruik, laatste datum van gebruik, craving (gebruik cravingvragenlijsten). Mate en wijze van gebruik (spuiten, roken, snuiven, slikken).

Onthoudingsverschijnselen

Dit onderdeel omvat optreden en aard van onthoudingsverschijnselen. Specifiek wordt naar de bekendheid met insultgevoeligheid en eerdere delier gevraagd (gebruik onthoudingsvragenlijsten onder andere via SOS, CIWA-Ar en dergelijke). Ook wordt specifiek aandacht besteed aan slaapproblemen en angstklachten.

Eerdere opnames in verslavingszorg of psychiatrische ziekenhuizen

Dit is een kort historisch overzicht van alle opnames in verslavingsklinieken of psychiatrische ziekenhuizen. Eerdere intramurale en ambulante opnames en eventuele actuele behandelingen worden doorgesproken.

Ambulante hulpverleningscontacten

Hierin wordt een overzicht gegeven van alle eerdere contacten met hulpverleners in de ambulante verslavingszorg en psychiatrie.

Medische voorgeschiedenis

Alle ernstige ziekten en vroegere operaties worden vermeld.

Somatische anamnese

De algemene anamnese en tractus anamnese worden hier samengevoegd met bijzonderheden over eventuele overgevoeligheden en allergieën. Ook worden eerdere infectieziekten zoals hepatitis, HIV, TBC en eerdere vaccinaties vermeld. Er wordt gelet op signalen van infectieziekten en waar nodig uitgevraagd.

Huidige medicatie

In dit gedeelte wordt louter en alleen de medicatie vermeld. Vraag ook na wat de patiënt zonder recept koopt. Vraag de therapietrouw uit.

Psychologische anamnese

Algemene psychologische en cognitieve problemen worden uitgevraagd. Zo nodig worden screeningslijsten ingezet om het beeld te verduidelijken. Specifieke aandacht wordt besteed aan depressieve klachten en angstklachten.

Korte sociale anamnese

Hierin wordt een kort overzicht gegeven over opleiding, beroep, werk, huisvesting, bron van inkomen, contact met justitie, burgerlijke staat, relatie en kinderen.

Familieanamnese

Als laatste anamnese onderdeel omvat dit deel informatie over de gezondheidstoestand en leeftijd van vader en moeder, broers en zussen. Tevens wordt geïnformeerd naar andere familiale aandoeningen. Ook wordt geïnformeerd naar andere familieleden met verslavings- en/of psychiatrische problemen.

Lichamelijk en psychiatrisch onderzoek

Lichamelijk onderzoek

Behalve de gebruikelijke aandachtsgebieden van het interne onderzoek ligt bij een pré-detoxificatie onderzoek extra accent op de voedingstoestand, slaapproblemen, onthoudingsverschijnselen, tensie en pols, icterus, haematomen, hart en longen. Bij het abdomenonderzoek gaat de aandacht uit naar de grootte van de lever, ascites, aanwijzingen voor levercirrose (bijvoorbeeld spider naevus, ook wel spinnenkop genoemd; caput medusa, ring van uitgezette bloedvaten rondom de navel) en aanwijzingen voor veneuze insufficiëntie.

Binnen het neurologische onderzoek moet er specifieke aandacht zijn voor de bewustzijnsstoestand, pupilgrootte, tremoren, reflexen, coördinatie en aanwijzingen voor polyneuropathie (nystagmus, blikparese, ataxie, eventueel evenwichtsstoornissen).

Globaal psychiatrisch onderzoek

Het gaat hier om het gestructureerd uitvragen van psychiatrische symptomen, zoals bewustzijn, aandacht, concentratie, waarneming/psychotische kenmerken, stemming en suïcidaliteit. Doel is een duidelijke eerste indruk te krijgen die van belang is voor het beleid tijdens detoxificatie en daarna. Met het voortijdig opdoen van deze psychiatrische indruk kan men het beleid voor detoxificatie afstemmen en op mogelijke problemen tijdens de detoxificatie anticiperen; zeker wanneer deze indruk met de verpleging wordt besproken en als extra aandachtsgebied in de verpleegkundige observatie wordt afgesproken. Daardoor kan ook adequater worden gereageerd op bijvoorbeeld hevige onrust of psychotische verschijnselen.

Aanvullend onderzoek

Om een inschatting te maken van de mate van intoxicatie kan urineonderzoek en of bloedonderzoek ingezet worden. Urineonderzoek en bloedonderzoek biedt één van de weinige objectieve uitkomstmaten om aan te tonen of een patiënt psychoactieve middelen heeft gebruikt. Bij alle middelen wordt gesteld dat urine-onderzoek op middelen geen meerwaarde heeft om de ernst van de onthouding te bepalen en het geeft geen informatie voor het in te zetten medicamenteuze beleid.

Per middel verschilt het welke specialistische laboratoriumonderzoeken moeten plaatsvinden om de fysieke toestand van de patiënt te bepalen. Bloedonderzoek voor poly-middelengebruik bestaat in ieder geval uit geheel bloedbeeld, leverfuncties (inclusief), nierfuncties, elektrolyten (Na, K, Mg), HB, bilirubine en MCV. Zie voor specifieke middelen gerelateerde adviezen de hoofdstukken psychoactieve middelen. Op indicatie wordt bij risicogroepen Hepatitis B, C en HIV-serologie bepaald. Bij signalen van tuberculose wordt een mantouxtest afgenomen. Bij een positieve Mantouxtest volgt een thoraxfoto.

Indicatie detoxificatie aan de hand van de indicatiecriteria

Eventuele laboratoriumuitslagen worden besproken en/of aanvullend onderzoek wordt aangevraagd. De indicatie voor detoxificatie vanuit medisch standpunt wordt bekeken tegen de achtergrond van de reeds bekende gegevens vanuit de intakeprocedure (of begeleidings / behandelingstraject). Naast het medisch standpunt wordt ook de haalbaarheid van de detoxificatie in de overweging meegenomen. De volgende indicatiecriteria worden gebruikt:

- middelengebruik, hoeveelheid, duur, vorm, frequentie;
- gebruik van andere psychoactieve middelen;
- onthoudingsverschijnselen (actueel en anamnestic);
- ernstige lichamelijke aandoeningen of graviditeit;
- zelfzorg;

- behandelingsvoorgeschiedenis;
- psychiatrisch ziektebeeld (actueel en anamnestic);
- inbedding in de sociale omgeving (relatie, familie, werk).

Voor de weging van de factoren is een 'set indicatoren' ontwikkeld (tabel 2).

Tabel 2

Indicatoren opgesteld aan de hand van een pilotstudie, vragenlijst en expertmeeting

BPSO*	Indicator	absoluut intramuraal	relatief intramuraal	relatief ambuland	absoluut ambuland
B	Insult of delier in de recente voorgeschiedenis	X	X		
B	Actuele ernstige onthoudingsverschijnselen	X	X		
P	Ernstige comorbide psychiatrische problematiek	X	X		
B	Ernstige somatische aandoeningen	X	X		
S	Ernstige verwaarlozing	X	X		
B	Polydruggebruik		X		
B	Zwangerschap		X		
S	Sociale desintegratie: gebrek aan adequate sociale steun		X		
S	Geen vaste woon- of verblijfplaats		X		
S	Noodzaak tot bescherming van anderen bijvoorbeeld kinderen		X		
O	Falen van stabiliseren tijdens pré-detoxificatie		X		
B	Dosering primair middel is relatief hoog en interval relatief laag		X	X	
O	Voorgeschiedenis van agressie en geweld (patiënt)		X	X	
O	Meerdere mislukte pogingen te stoppen met middelengebruik		X	X	
O	Wens van de patiënt / omgeving		X	X	
B	Aanwezigheid van chronische pijn		X	X	
O	Leeftijd		X	X	

Er is geen uniformiteit in score: wat de ene arts een criterium vindt voor absoluut intramuraal vindt de andere arts een criterium voor relatief ambuland. De hoogste score is aangegeven met een X (meerdere scores zijn weergegeven als het verschil met de hoogste score minder dan 3 was). Scores variëren tussen 0 en 7.

* B = biologisch, P = Psychologisch, S = Sociaal, O = Overig.

Bespreken conclusies en beleid

Op basis van de anamnese, het lichamelijke onderzoek en de indicatiecriteria worden de belangrijkste conclusies besproken. Aanvullend wordt ook de motivatie uitgevraagd om te stoppen met het middel. Hierbij kan het termijn van willen stoppen meegewogen worden, maar ook bijvoorbeeld de inschatting die de patiënt maakt op de impact van zijn leven. Bij twijfel kan gebruik gemaakt worden van de Nederlandse vertaling van de Readiness to Change Questionnaire (RCQ).

Uitleg over detoxificatie

Uitgebreide uitleg over detoxificatie, klachtenpatroon (waaronder slaapproblemen, stemmingsklachten) en te gebruiken medicatie wordt gegeven. Verwachtingen van de patiënt worden besproken. Het belang van consequente inname van medicatie en de rol van een belangrijke ander wordt (nogmaals) toegelicht. Patiënt krijgt (nogmaals) informatie over de verschillende mogelijkheden om abstinentie-ondersteunende medicatie te gebruiken tijdens of na detoxificatie.

Behandelovereenkomst / werkplan

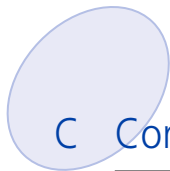
Bij een ambulante detoxificatie stopt de patiënt in de eigen omgeving met middelengebruik. Samen met patiënt wordt definitief het starttijdstip bepaald van detoxificatie. Op deze dag wordt een startconsult gepland. Ook worden er afspraken gemaakt omtrent bloed alcohol concentratie (BAC) metingen en urineonderzoek op gebruikte middelen. Ter afsluiting worden afspraken ten aanzien van medicatie (voor onthouding en/of abstinentie-ondersteunend) concreet vastgelegd. Zo wordt het afbouwschema nadrukkelijk beschreven evenals bijvoorbeeld vitaminesuppletie en te continueren overige medicatie.

Middelengebruik

Met de patiënt worden afspraken gemaakt rondom het middelengebruik. Adviezen om te stabiliseren of te minderen worden besproken. Houd in het achterhoofd waar deze adviezen op gebaseerd zijn. Zijn dit medische overwegingen of is de belangrijkste reden het testen van de motivatie? Bedenk hoe reëel de adviezen en of de behandeldoelen zijn en bespreek eventuele consequenties met de patiënt.

Afsluiting

Bespreek resterende vragen. Zorg dat er een nieuwe afspraak gepland staat. Afhankelijk van de te verwachten complicaties gaat het om een afspraak met een verpleegkundig specialist of met een arts.



C Consult – startgesprek detoxificatie

Doel Actualiseren van gegevens; start behandeling.

Wie Verpleegkundige (verpleegkundige taken); verpleegkundig specialist of arts (medische taken). Gesprek vindt gezamenlijk of apart plaats.

Waar Consult vindt plaats bij de start van de ambulante detoxificatie of bij opname van de patiënt op de (detoxificatie)afdeling.

Benodigheden

- Monitoringvragenlijsten onthouding en craving.
- Behandelovereenkomst.
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig.
- Werkboek *Tijdens detoxificatie*.

Taken startgesprek

- 1 Kennismaking met de patiënt (en begeleiders).
- 2 Introductie afdeling: kamer, huisregels en dergelijke.
- 3 Actualisering van verslavingsanamnese en somatisch onderzoek.
- 4 Uitleg detoxificatie en klachtenpatroon.
- 5 Rol van monitoring.
- 6 Afspraken rond medicatie volgens de richtlijn en vastleggen in de behandelovereenkomst.
- 7 Rapportage overdracht.

Kennismaking met de patiënt

Intramurale detoxificatie: er wordt kennis gemaakt met de patiënt en uitleg gegeven over de afdeling en het behandelklimaat. Begeleiders worden geïnformeerd en in de gelegenheid gesteld vragen te stellen. De verpleegkundige draagt zorg voor de opnameprocedure en de voorbereiding op de intramurale detoxificatie. Bagage wordt gecheckt op verboden middelen. De patiënt krijgt een kamer, wordt ingelicht over de geldende huisregels en wordt geïntroduceerd op de afdeling. De verpleegkundige begeleidt de patiënt naar de arts / verpleegkundig specialist voor het medische onderzoek.

Actualisering van verslavingsanamnese

Tijdens dit consult actualiseert de arts / verpleegkundig specialist de gegevens die zijn verzameld bij een eerder consult, met name de verslavingsanamnese. Van belang is na te gaan of er zaken veranderd zijn ten opzichte van het eerdere consult met de patiënt en of de patiënt de adviezen wat betreft middelengebruik heeft kunnen opvolgen. Voor het somatisch onderzoek zie consult 'indicatiestelling'.

Uitleg over detoxificatie

De patiënt wordt de gelegenheid geboden vragen te stellen over de detoxificatie. Zo nodig wordt hier uitgebreid uitleg gegeven over de te verwachten verschijnselen, de duur ervan, het verloop en de begeleiding van verpleegkundigen en arts. Besteed extra aandacht aan (mogelijke) slaapproblemen, angstklachten en het belang van goede voeding. Bespreek (niet-) medicamenteuze interventies om met deze klachten om te gaan. Patiënt krijgt (nogmaals) informatie over de verschillende mogelijkheden om abstinentie-ondersteunende medicatie te gebruiken na detoxificatie.

Rol van monitoring

De verpleegkundige voert de bij het middel de afgesproken onderzoeken uit (BAC/urine-onderzoek), bespreekt de functie hiervan en verwerkt deze administratief. Aan de patiënt wordt het doel van monitoringvragenlijsten uitgelegd (onthouding, craving). Urine-onderzoek en BAC kunnen een stimulans zijn om de abstinentie vol te houden (stok achter de deur) en positief gedrag te bekrachtigen. Monitoringvragenlijsten worden afgenomen en besproken (zie hoofdstuk 3 Monitoring).

Behandelovereenkomst / werkplan

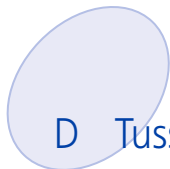
Als de detoxificatie daadwerkelijk gestart wordt, dan wordt de behandelovereenkomst/werkplan, indien die al was opgesteld, geactualiseerd.
Intramurale detoxificatie: De verpleegkundige maakt een verpleegplan dat onderdeel is van het behandelplan.

Werkboek Tijdens detoxificatie

Bekijk met de patiënt welke opdrachten uit het werkboek relevant en ondersteunend kunnen zijn voor de patiënt.

Afsluiting

Bespreek resterende vragen. Rapporteer en draag informatie over aan andere verpleegkundigen.



D Tussenconsulten

Doel Controle; voortgang van de detoxificatie; ondersteuning en mogelijke bijstelling behandelplan.

Wie Verpleegkundige of verpleegkundig specialist (arts bij indicatie).

Waar Ambulant of klinisch.

Wanneer Eerste ambulante consult vindt plaats 1 tot 4 dagen na aanvang ambulante detoxificatie, vervolgens elke 3 tot 5 dagen (afhankelijk van het middel en de ernst van de verwachte onthouding). Intramurale contacten vinden elke dag plaats.

Benodigheden

- Monitoringvragenlijsten onthouding en craving.
- Grafieken.
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig.
- Werkboek *Tijdens detoxificatie*.

Taken tussenconsulten

- 1 Inschatten te verwachten complicaties.
- 2 Voortgang detoxificatie: bespreken onthoudingsklachten, angst/slaapproblemen, middelengebruik, bijwerkingen medicatie en craving. Voor- en nadelen van gebruik bespreken. Hoe om te gaan met bestaande klachten.
- 3 Medicatietrouw bespreken.
- 4 Medicatieregime bespreken en zo nodig bijstellen.
- 5 Vervolgafpraak met arts, verpleegkundig specialist en/of verpleegkundige.

Indicatie voor tussenconsult door arts

Als er complicaties te verwachten zijn naar aanleiding van het voorgaande consult (op basis van anamnese en/of onthoudingsvragenlijsten) of op indicatie van de verpleegkundige / verpleegkundig specialist dan wordt een tussenconsult met de arts ingepland.

Eerste tussenconsult ambulant

Informeer naar de algehele toestand van de patiënt nu hij gestopt is met gebruik van alcohol of andere middelen. Bespreek wanneer patiënt precies gestopt is en welke medicatie gebruikt wordt per wanneer.

Voortgang detoxificatie

Ondersteun de afbouw met aandacht en een open houding. Navragen hoe de tussenliggende periode is verlopen wat betreft onthoudingsklachten, craving, en bijwerkingen van de voorgeschreven medicatie. Bespreek voorkomende klachten met de patiënt en vraag expliciet naar angst en slaapproblemen. Let hierbij ook op specifieke klachten. Vul de monitoringvragenlijsten in (de frequentie is afhankelijk van het middel en de ernst van de onthouding, zie hoofdstuk 3 Monitoring) en vergelijk deze met voorgaande

ingevulde vragenlijsten. Hierdoor wordt op individueel niveau het verloop van de detoxificatie gemonitord. Een BAC en/of urinecontrole wordt gedaan als hier afspraken over zijn gemaakt. Bekijk hoe de patiënt om moet/ kan gaan met de bestaande klachten. Bespreken wat hem nog te wachten staat afhankelijk van de bestaande klachten. Houd oog op de algemene dagelijkse levensbehoeften (ADL)- functies (de basisvaardigheden met betrekking tot de somatische zelfzorg) en stimuleer, begeleid of ondersteun de patiënt hierin.

Ambulante detoxificatie: navragen hoe de tussenliggende periode is verlopen wat betreft middelengebruik en inname van de voorgeschreven medicatie.

Bespreken met de patiënt wat de voor- en nadelen zijn van het middelengebruik en het stoppen ermee. Indien het moeizaam gaat, dit empathisch benaderen, indien er positieve veranderingen zijn deze positief bekrachtigen, bij een negatieve situatie begripvol reageren. Zorg ervoor dat de patiënt inzicht krijgt in de situaties waar de zucht toeneemt en verwijst naar het signaleringsplan. Gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen worden geïnventariseerd. Bespreek het weekprogramma van de patiënt en betrek hierbij de belangrijke ander.

Medicatierouw

Ambulante detoxificatie: medicatierouw wat betreft abstinentie-ondersteunende medicatie wordt besproken en geëvalueerd met de patiënt. Benadruk het belang van de inname van de medicatie. Bespreek mogelijke problemen bij de inname en kijk wat er gedaan kan worden om de inname te bevorderen. Bespreek ook de rol van de belangrijke ander.

Medicatieregime

Begeleid lichamelijke ongemakken ten gevolg van de onthouding. Wederom formuleren wat de uitgangspunten waren van de detoxificatie en de ingezette medicamenteuze behandeling. Eventueel (in overleg met arts) aanpassen van de medicatie.

Werkboek Tijdens detoxificatie

Bekijk met de patiënt welke opdrachten uit het werkboek relevant en ondersteunend kunnen zijn voor de patiënt.

Afsluiting

Bespreek resterende vragen. Zorg dat er een nieuwe afspraak gepland staat. Afhankelijk van de te verwachten complicaties vindt het consult plaats met een verpleegkundige, verpleegkundig specialist of met een arts. Bijzonderheden worden altijd afgestemd met de arts.

Doel Evaluatie detoxificatie en bespreken vervolgtraject.

Wie Arts of verpleegkundig specialist.

Waar Ambulant of intramuraal.

Wanneer De detoxificatie wordt als beëindigd beschouwd als er geen objectieve onthoudingsverschijnselen meer aanwezig zijn. Het tijdstip waarop dit punt bereikt is, is erg afhankelijk van het middel. Voor alcohol kan dit binnen circa zeven dagen bereikt zijn. Voor opioïden is dit punt circa vijf tot tien dagen na het laatste gebruik van een opioïd bereikt.

Benodigheden

- Monitoringvragenlijsten onthouding en craving.
- Grafieken.
- Voorlichtingsmateriaal zo nodig.
- Werkboek *Tijdens detoxificatie*.
- Berichtgeving huisarts.

Taken afsluitend consult

- 1 Terugblik verloop detoxificatie.
- 2 Ondersteunende medicatie.
- 3 Voortgangstraject bespreken.
- 4 Snelle berichtgeving naar huisarts en verwijzer.
- 5 Overdracht voor verdere begeleiding/behandeling.

Terugblik verloop detoxificatie

Voor de laatste keer worden de monitoringvragenlijsten afgenomen. De monitoringvragenlijsten worden vervolgens met de patiënt doorgenomen en samen wordt teruggekeken hoe de detoxificatie is verlopen. Het verloop van de detoxificatie wordt besproken op een motiverende manier. Er wordt stilgestaan bij de situatie vóór de start van de detoxificatie wat betreft lichamelijk en geestelijk welbevinden en er is aandacht voor de lichamelijke toestand van de patiënt na het verdwijnen van onthoudingsverschijnselen. De behandeling wordt geëvalueerd en de patiënt vertelt hoe hij/zij de detoxificatie heeft ervaren. Voorziene en onvoorziene complicaties worden geregistreerd.

Abstinentie-ondersteunende medicatie

Indien nodig worden er afspraken gemaakt omtrent (andere) voort te zetten abstinentie-ondersteunende medicatie. Er wordt zo nodig informatie gegeven over deze medicatie.

Voortgangstraject

Het doel van de detoxificatie wordt nogmaals geformuleerd met de patiënt en daarbij ook hoe de patiënt naar de toekomst kijkt. De voortgang wordt bekrachtigd en valkuilen worden besproken. Kort wordt de nog ervaren problematiek door de patiënt geïnventariseerd. Terwijl de objectieve klachten verdwenen zijn, kunnen er nog wel restverschijnselen aanwezig zijn, zoals slaapproblemen, zweten en dergelijke. Omdat dit redenen voor terugval kunnen zijn, moet hier aandacht voor zijn in het (aan te passen) signaleringsplan, maar ook moet medicatie overwogen worden.

Werkboek *Tijdens detoxificatie*

Bekijk met de patiënt welke opdrachten uit het werkboek relevant en ondersteunend kunnen zijn voor de patiënt.

Afsluiting

De overdracht voor verdere begeleiding/ behandeling wordt in samenspraak met de behandelaar gemaakt. Een concrete datum voor een vervolgspraak dient ingepland te zijn. De huisarts/verwijzer wordt een bericht gestuurd en een kopie wordt in het eigen dossier bewaard.

F Groepsconsulten

(Gebaseerd op Dijkstra e.a., 2014, ambulante alcoholdetoxificatie met CRA, Novadic-Kentron.)

25

Doel Ervaringen bespreken van de afgelopen dagen; anticiperen op- en voorkomen van terugval; hanteren van een gezonde evenwichtige leefstijl om de kans op terugval te verlagen; psycho-educatie en lotgenotencontact.

Wie Verpleegkundig specialist of verpleegkundige.

Waar Ambulant of klinisch.

Benodigheden

- Monitorvragenlijsten onthouding en craving.
- Werkboek *Tijdens detoxificatie*.
- Grafieken.
- Psycho-educatie materiaal.

Taken groepsconsulten

- 1 Kennismaking en introductie nieuwe deelnemers.
- 2 Bespreken ervaringen en voortgang doelen.
- 3 Functie-analyse.
- 4 Thema.
- 5 Nieuwe doelen bepalen.
- 6 Afsluiting.

Inleiding

De inhoud van de bijeenkomsten is onafhankelijk van het moment van deelname van de patiënt en de duur van deelname van de patiënt (open groep). De groepsbijeenkomsten kennen een vaste structuur waarbij de inhoud kan variëren. De groepsbijeenkomsten vinden twee keer per week plaats en worden gecombineerd met minimaal één individueel consult per week. Patiënten worden actief betrokken en mail/telefonisch contact wordt gestimuleerd. De duur van de groepsbehandeling varieert voor de individuele patiënt van drie tot zes weken.

Bloed Alcohol Concentratie (BAC)

Voordat de bijeenkomst begint wordt bij patiënten een blaastest afgenomen. In een individueel consult is door de hulpverlener gemotiveerd waarom het voor de patiënt en de hulpverlener belangrijk is deze test te doen. Patiënten geven zelf aan dat door het blazen de behandeling/abstinentie serieus genomen wordt en dat er minder gesjoemel met en tussen groepsgenoten ontstaat.

Als uit de test blijkt dat patiënten niet gedronken hebben worden ze hiervoor gecompliceerd en gevraagd dit in hun werkboek te noteren. Als ze telefonisch hebben verteld dat ze gedronken hebben of een patiënt komt onder invloed naar een groepsconsult, dan maakt de behandelaar een inschatting of de patiënt in staat is op een zinvolle manier aan de sessie deel te nemen. Dit wordt ook met de groep besproken.

Introductie nieuwe deelnemers

Heet nieuwe patiënten welkom en bekrachtig het feit dat ze deelnemen aan de bijeenkomst. Laat de nieuwe patiënten zich kort voorstellen aan de groep. Aan de groep wordt gevraagd of een patiënt (die al langer deelneemt aan de groepsbijeenkomsten) informatie kan geven over de groepsbijeenkomsten.

Terugblik vorige bijeenkomst/ rondje met actualiteiten en voortgang van doelen

Bespreek kort eventuele opdrachten van de vorige keer. Complimenteer patiënten als ze aan een opdracht hebben kunnen werken. Bespreek per patiënt de ervaringen van de afgelopen dagen. Vraag naar onthoudingssymptomen, craving, moeilijke situaties, eventuele oplossingen en terugvallen. Probeer zo veel mogelijk te complimenteren en zoek naar successen. Patiënten en hulpverlener benadrukken het belang van een dagstructuur en activiteiten die iemand zinvol en prettig vindt. Indien een patiënt problemen uit die veel tijd nodig hebben, maakt de hulpverlener de afweging het probleem te bespreken in de groep of in een individueel gesprek.

Functie-analyse voor terugvalpreventie en -management

Uit het vorige rondje zijn situaties van patiënten besproken waarbij een functie-analyse kan worden afgenomen. Bij deze functie-analyse wordt één specifieke situatie gebruikt. Bij terugvalpreventie gaat het om het analyseren van gebruik en omstandigheden in het verleden en hoe dit in soortgelijke omstandigheden in de toekomst voorkomen kan worden. Bij terugvalmanagement gaat het om het analyseren van een recente terugval. De functie-analyse wordt in twee- of drietallen ingevuld waarbij een situatie van één patiënt centraal staat. Er vindt een korte plenaire terugkoppeling plaats. Daarnaast kan de functie-analyse centraal worden besproken met een situatie van één of twee patiënten.

Thema bepalen

Met de groep wordt bepaald welk thema voor psycho-educatie er besproken gaat worden na de pauze.

Pauze

De pauze duurt 10 minuten waarbij patiënten de groepsruimte even kunnen verlaten.

Thema uitwerken

In het begin wordt een korte educatie gegeven over het betreffende thema waarbij klachten, ervaringen en problemen worden genormaliseerd. Het groepsgebesprek wordt bevorderd door patiënten ervaringen te laten delen. Bespreek strategieën en oplossingen van patiënten en bespreek oplossingen vanuit de literatuur. Nodig patiënten uit een doel te stellen vanuit het thema. Nodig patiënten uit literatuur/ informatie te lezen over het thema. Sluit het thema af door een samenvatting te geven.

Bepalen van doelen tot de volgende bijeenkomst

Patiënten stellen doelen bij en/of maken nieuwe doelen die worden verwerkt in het week-schema van het werkboek. De hulpverlener vraagt aan de patiënt prioriteiten te stellen bij de doelen en stimuleert deze te bespreken met een steunend persoon uit de omgeving.

Afsluiting

Tijdens de afsluiting wordt een korte reactie op de bijeenkomst gevraagd. Mocht het nodig zijn dan worden vragenlijsten behorend bij het werkboek ingevuld. Nieuwe afspraken voor de volgende bijeenkomst worden besproken. Iedereen wordt bedankt voor de inzet en aanwezigheid. Als een patiënt voor de laatste keer een groepsbijeenkomst bijwoont, dan wordt de patiënt gecompimenteerd (door groepsleden en hulpverlener) voor het volbrengen van de behandeling en bevroegd over de doelen die hij gaat stellen in de toekomst.

2 PSYCHOACTIEVE MIDDELEN

A	Alcohol	30
.....		
B	Opioiden	39
.....		
C	Benzodiazepinen	48
.....		
D	Gamma-hydroxybutyraat (GHB)	59
.....		
E	Stimulantia	69
.....		
F	Cannabis	75
.....		
G	Tabak	80
.....		
H	Ketamine	85

Inleiding

Alcohol is een al duizenden jaren bekend psychoactief middel. Alcohol geeft zowel lichamelijke als psychische effecten, die toenemen naarmate er meer alcohol gedronken wordt. Wanneer het gebruikt wordt in sociale situaties zorgt het voor angstvermindering, ontremming en een plezierig gevoel. Ook zorgt het voor een licht gestoorde motoriek. Hogere doseringen alcohol zorgen voor stemmingswisselingen, misselijkheid, braken en paranoia tot comateuze toestand en gevaar van stikken.

Als alcohol regelmatig in grotere hoeveelheden wordt ingenomen gaat het lichaam zich aan het middel aanpassen en treedt tolerantie op. Bij de toename van gebruik naar overmatig gebruik en van overmatig gebruik naar afhankelijkheid zijn vele neurotransmittersystemen betrokken. Een aantal daarvan zijn bekend, zoals het dopamine- en opioïdsysteem, en het gamma-aminoboterzuur (GABA) en glutamaat-systeem. Alcoholgebruik heeft effect op o.a. het GABA, NMDA of glutamaat, serotonine, het noradrenerge en opioïd-receptorsysteem. Dopamine, opioïden, GABA en glutamaat hebben invloed op de nucleus accumbens, een belangrijk onderdeel van het mesocorticolimbisch beloningssysteem. De glutamaat-GABA-balans raakt tijdelijk uit evenwicht door hevig drinken en past zich aan bij alcoholafhankelijkheid. Bij het staken van alcoholconsumptie wanneer zich dat in grote hoeveelheden elke dag voordoet, kan een alcoholonthoudingsyndroom optreden. Zonder behandeling met benzodiazepinen geeft dit een dysregulatie van het autonome zenuwstelsel en door verhoging van noradrenaline een verhoogde hartslag, onrust en convulsies. Medische ondersteuning kan noodzakelijk zijn om schadelijke effecten als een delier of onthoudingsinsult te voorkomen. Van de hypothalamus-pijnappelklier-bijnier as (HPA-as) is pas sinds kort bekend dat deze bijdraagt aan de angstgevoelens bij onthouding en dat een verhoogd gehalte aan corticotropine releasing factor (CRF) kan leiden tot terugval.

Onthoudingsbeeld

Onthoudingsverschijnselen doen zich voor binnen enkele uren na het gebruik van de laatste alcoholische consumptie en vertonen een piek 24 tot 36 uur na het stoppen. Ook plotse substantiële reductie in chronisch alcoholgebruik kan leiden tot onthoudingsverschijnselen. Vroege klachten en symptomen omvatten angst, opwinding, slapeloosheid, transpireren, misselijkheid, braken, trillen, tachycardie en verhoogde bloeddruk.

Het noradrenerge systeem dat overprikkeld wordt bij alcoholonthouding is de oorzaak van onthoudingssymptomen als angst, agitatie, verhoogde bloeddruk, tachycardie en tremor. Dit kan uitlopen tot een ernstig ziektebeeld, het delirium tremens, dat door de autonome dysregulatie dodelijk kan zijn.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

Wees alert op:

- *alcoholonthoudingsinsulten*

Deze kunnen zich op elk moment van de detoxificatie voordoen, maar meestal binnen 48 uren na het staken van het gebruik. De symptomen hiervan zijn bewustzijnsverlies en algemene verkramping van het lichaam met heftige spierschokken.

- het ***alcoholonthoudingsdelirium*** of ***delirium tremens***
Dit is een ernstige vorm van onthouding. Het begint 48 tot 72 uur na het staken van het gebruik en wordt voorafgegaan door vroege onthoudingsverschijnselen, hoewel deze kunnen worden gemaaskeerd of vertraagd door andere ziekten of medicatie. Er zijn symptomen van ernstige sympathische hyperactiviteit (zoals tachycardie, hypertensie, koorts en ernstig transpireren). Dit zijn voorboden van een delirium. Vroege herkenning is van belang om de patiënt tijdig te kunnen behandelen en, indien nodig, tijdig te kunnen verwijzen naar een algemeen ziekenhuis. De mortaliteit wordt geschat op 1% tot 5% en neemt toe als de diagnose laat wordt gesteld, de behandeling inadequaaf is en er bijkomende somatische stoornissen zijn.
- een ***psychotische stoornis***
Bij alcoholgeïnduceerde psychotische stoornissen (AIPD) is er sprake van een hoge heropname graad van de neurotransmitter gamma-aminoboterzuur (GABA). Symptomen zijn zeer levendige en hardnekkige hallucinaties, overwegend gehoorhallucinaties maar soms ook visuele. De patiënt hoort meestal anderen over hem of haar spreken en voelt zich bedreigd of achtervolgd.
- ***hyponatriëmie***, gedefinieerd als een plasmanatriumconcentratie (pNa) < 135/l
Complicerend hierbij is dat bij de opname van een patiënt voor een alcohol detoxificatiebehandeling meestal niet bekend is dat deze een hyponatriëmie heeft.
- ***hyponatriëmie met het osmotisch demyelinisatie syndroom (ODS) of centraal pontiene myelinolyse (CPM)***
Dit betreft een ernstig, progressief toestandsbeeld dat ontstaat na te snelle correctie van een hyponatriëmie. Acute symptomen zijn: verlamming van de ledematen, dysfagie en dysarthrie (moeite met slikken en praten), dubbelzien en bewustzijnsverlies. Met name bij patiënten met langdurige aandoeningen zoals dialyse, levercirrose, cachexie en kanker kan een betrekkelijk geringe verschuiving in natriumhuishouding leiden tot ODS. Bij de presentatie van symptomen als dysfagie, dysartrie en gedragsveranderingen is een MRI noodzakelijk om al dan niet de diagnose ODS te kunnen stellen.
- het ***syndroom van Wernicke***
Dit is een ernstige stoornis van het centraal zenuwstelsel, meestal voortkomend uit een gebrek aan Thiamine (vitamine B1). Het syndroom wordt gekenmerkt door de volgende symptomen: verlamming van de oogspieren, ataxie, mentale staat van verwarring, delier, coma en uiteindelijk de dood. De presentatie is divers en kan aspecifiek zijn, hetgeen ertoe kan leiden dat deze, in potentie letale, aandoening niet herkend wordt. De verschijnselen kunnen verminderen als de patiënt direct thiamine toegediend krijgt en stopt met alcoholgebruik.
- een mogelijke ***methanol (of ethyleenglycol) ingestie*** en bij verdere detoxificatie het ontwikkelen van alarmsymptomen.
- Het ***refeedingsyndroom*** is een combinatie van verlaagde elektrolytenplasmaconcentraties, met name hypofosfatemie, en vochtretentie die volgt op herintroductie van koolhydraten bij een vastende of ondervoede patiënt. Symptomen zijn paresthesiën en insulften bij verminderde contractiliteit van de hartspier waardoor perifeer oedeem ontstaat.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Mate, frequentie en wijze van gebruik, laatste gebruik, voorgeschiedenis van middelengebruik en afhankelijkheden, verloop van eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, zwangerschap, somatische klachten, afhankelijkheidssymptomen, slaapproblemen, psychologische en sociale problemen, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie.

Anamnese middelspecifiek

- cognitief functioneren (bijvoorbeeld op indicatie door afname van de Mini Mental State Examination (MMSE) of Montreal Cognitive Assessment (MoCA);
- motivatie en bereidheid om te veranderen;
- somatische klachten. inclusief historie op insulten en recente (hoofd)traumata;
- voedingstoestand;
- psychiatrische anamnese naar acute en chronische psychiatrische comorbiditeit;
- psychologische en sociale problemen.

Differentiaal diagnose

• *Ingestie van methanol*

Gedurende de eerste uren na inname is het intoxicatiebeeld overeenkomstig met dat van ethanol. Ernstige symptomen kunnen zich presenteren na een latentietijd van 12-24 uur, echter bij tevens ethanolinname kan dit ook pas na 48 uur zijn. Alarmsymptomen zijn visusklachten (fotofobie, onscherp zien, "sneeuwstorm", mydriasis, nystagmus), neurologische uitvalsverschijnselen, CZS depressie (verwardheid, bewustzijnsdaling), tachypneu / respiratoire insufficiëntie en hematurie / acute nierinsufficiëntie. Een methanolspiegel van > 200mg/l wordt toxisch beschouwd. Bij een spiegel > 500mg/l is sprake van ernstige toxiciteit en een dosis van > 800mg/l wordt beschouwd als lethale dosis. Als de patiënt zowel methanol als ethanol heeft genuttigd, dan zal het klinisch beeld vooral dat van een ethanolintoxicatie laten zien, aangezien ethanol een hogere bindingsaffiniteit aan de receptoren heeft. Het grote risico ontstaat wanneer deze patiënt gaat ontwennen van de ethanol, omdat deze sneller wordt uitgescheiden dan methanol, komen de receptoren vrij voor de aanwezige methanol.

- *Hypoglykemie*
- *Hyponatriëmie*
- Het *benzodiazepine-onthoudingssyndroom* en het *GHB-onthoudingssyndroom* tonen symptomen als onrust, angst en autonome dysregulatie die ook bij het alcohol-onthoudingssyndroom kunnen optreden.
- De presentatie van een alcoholdelier is divers en kan specifiek zijn en is niet te onderscheiden van een *delier door andere oorzaken* bij somatisch zieke patiënten.

Lichamelijk onderzoek standaard

Pols, bloeddruk, ademhaling, temperatuur, algemene fysieke toestand.

Lichamelijk onderzoek middelspecifiek

Chronisch overmatig alcoholgebruik brengt een groot risico op somatische comorbiditeit met zich mee. Een lichamelijk onderzoek bestaat uit:

- neurologisch onderzoek op de aanwezigheid van neurologische verschijnselen (zoals Wernicke's encefalopathie, oogbewegingsproblemen, verwardheid / geheugenproblemen, ataxie, vermindering van bewustzijn of polyneuropathie);
- hartauscultatie en longauscultatie, bloeddruk en pols (eventueel veneuze druk);
- de huid(turgor) en eventuele verwondingen;
- ondervoeding, dehydratie;
- leverlijden;
- voer een ademanalyse uit om een goede inschatting te maken van de mate van intoxicatie en de tolerantie vast te stellen. Hiermee kan de bloed alcohol concentratie (BAC) bij benadering worden gemeten;
- Indien zich acute symptomen van ODS voor doen bij de patiënt, waaronder *verlamming van de ledematen, dysfagie en dysarthrie (moeite met slikken en praten), dubbelzien en bewustzijnsverlies* is de huidige standaardmethode voor het stellen van de diagnose ODS een MRI van de hersenen.

Psychiatrisch onderzoek middelspecifiek

Het is van belang aandacht te hebben voor psychologische en psychiatrische problemen. Na het afronden van de detoxificatie kan er beter onderzoek verricht worden naar veel voorkomende comorbiditeit zoals angst- en stemmingsstoornissen. Tijdens de detoxificatie kan men de patiënt wél observeren om eventuele stemmingsproblemen op te merken en ingrijpen bij suïcidaal gedrag.

Bloedonderzoek

Bloedonderzoek is zinvol om de mate van somatische comorbiditeit in kaart te brengen en indien noodzakelijk tijdens de detoxificatie op basis van de uitslagen het (medicatie)beleid aan te passen. Wanneer men bij opname kalium, fosfaat en magnesium bepaalt -en natrium vanwege het ODS- is het mogelijk om complicaties snel te behandelen.

- Een bloedonderzoek dient in ieder geval een algeheel bloedbeeld, leverfuncties (inclusief bilirubine), nierfuncties, elektrolyten (Na, K, Mg, fosfaat) en glucose te bevatten.
- Op geleide van de anamnese en/of het lichamelijk onderzoek kan het wenselijk zijn om aanvullend te kijken naar de schildklier, stollingsparameters, albumine, ijzer/ferritine, vitaminstatus, lipase/amylase.
- Indien een patiënt bij de start van een opname een slechte voedingstoestand heeft is het van belang de bepaling van de elektrolyten inclusief fosfaat, magnesium en kalium bij klachten te herhalen tijdens de detoxificatie.
- Bij anamnestiche aanwijzing voor verdenking op een methanolingestie dient een methanolspiegel bepaald te worden.

Bepaling van de setting

Voordat er besloten wordt om een alcohol detoxificatie op te starten voor een patiënt is het aan te bevelen dat de patiënt eerst wordt gestabiliseerd om vervolgens de motivatie te meten tijdens een ambulante of intramuraal consult.

Ambulant onder begeleiding van de verslavingszorg *(in samenwerking met de huisarts)*
Mild tot matig alcoholonthoudingsyndroom.

Intramuraal in de verslavingszorg:

- patiënten met een ernstige vorm van afhankelijkheid 30 eenheden per dag > 30 score op de Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ);
- ernstige psychiatrische of somatische comorbiditeit;
- sociale desintegratie;
- co-gebruik van benzodiazepinen;
- een leerstoornis of cognitieve beperking;
- een insult of delier in de voorgeschiedenis;
- chronische pijn;
- ernstige onthoudingsklachten.

Intramuraal in een algemeen ziekenhuis

Baseer een indicatie voor behandeling in een algemeen ziekenhuis op het algemeen klinisch beeld, waarbij het alcoholpromillage in het bloed enkel ter ondersteuning wordt gebruikt.

- Bij ernstige onthoudingssymptomen, zoals bij een ernstig delirium, of indien behandeling van een delier niet effectief is om de patiënt te stabiliseren kan een delierbehandeling op een afdeling met meer intensieve zorg noodzakelijk zijn.

- Bij ernstige neurologische aandoeningen (waaronder acute symptomen als verlamming van de ledematen, dysfagie en dysarthrie of het syndroom van Wernicke en het osmotische demyelinisatiesyndroom) dient de patiënt terstond verwezen te worden naar een ziekenhuis voor nadere diagnostiek en behandeling. Voor het stellen van de diagnose ODS is het doen van een MRI-scan van de hersenen noodzakelijk.
- In geval van ernstige intoxicatie. Onafhankelijk van het promillage, is dat wanneer de patiënt zijn ademweg niet meer kan beschermen (mogelijk ook met slikproblemen), wanneer er bloeddruk- of hartritme problemen zijn, en/of wanneer de patiënt zodanig in coma is dat hij niet meer reageert op pijnprikkels.
- Bij aangetoonde intoxicatie (toxische spiegels) van methanol of ethyleenglycol.
- Bij waarde pNa < 122 mmol per liter patiënt verwijzen naar algemeen ziekenhuis in verband met het risico op centraal *ponteïne myelinolyse*.

Monitoring

Monitoring alcoholonthouding met de Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA-Ar)

- De CIWA-Ar geeft een maat voor de ernst van de alcoholonthouding.
- De CIWA-Ar kan ingezet worden om farmacotherapie mee in te stellen.
- Afname ervan duurt ongeveer 4 minuten en vraagt goede scholing /ervaring van de afnemers.
- Observeer en rapporteer op kritische wijze de onthoudingsverschijnselen op de monitoringlijst.
- Bij *fixed dose toediening van medicatie* de CIWA-Ar op dag 1, 2, 3, 5 en 7 afnemen. Neem deze lijst 2 keer per dag af gedurende de eerste 3 dagen. Zo nodig vervolgen totdat de onthouding vermindert.
- Bij de keuze voor symptom triggered toediening van medicatie de CIWA-Ar op dag 1, 2, 3, 5 en 7 afnemen. Gedurende de eerste drie dagen dient deze lijst twee keer per dag afgenomen te worden en gedurende dag vijf en zeven, één keer per dag. Zo nodig de afname van de CIWA-Ar na dag zeven vervolgen totdat de onthouding vermindert.
- Een CIWA-Ar score > 15 is kenmerkend voor een ernstig alcoholonthoudingssyndroom en indiceert regelmatige controles (elke 2 uur) en inzet van medicatie (bijvoorbeeld 30 mg chloordiazepoxide, 10 mg diazepam of 2 mg lorazepam).
- Bij een CIWA-Ar score tussen 8 en 15 is er sprake van een matige alcoholonthouding en kunnen de controles minder intensief (elke 6 uur) plaatsvinden, maar is er nog altijd een indicatie voor medicatie (bijvoorbeeld 15 mg chloordiazepoxide, 5 mg diazepam of 1 mg lorazepam).
- Bij een CIWA-Ar score < 8 is er nog slechts sprake van lichte alcoholonthouding en is medicatie niet meer noodzakelijk.
- Indien de CIWA-Ar score 3 keer < 8 is, dan kunnen de controles gestaakt worden.

Monitoren van overige somatische en psychische aspecten

Slecht slapen bij alcohol is een onderdeel van een delirium. De kwaliteit van de slaap wordt niet uitgevraagd in de CIWA-Ar.

- Vraag de kwaliteit van de slaap voor, tijdens en na de detoxificatiebehandeling anamnestic bij de patiënt uit en bij slaapproblemen worden vragenlijsten geadviseerd die de slaapproblemen nader uitvragen.
- Het is van belang de voedingstoestand, vochtinname, pijn en comorbiditeit voor, tijdens en na de detoxificatiebehandeling naast de afname van de CIWA-Ar anamnestic te monitoren.
- Neem bij depressieve klachten de Depressie Angst en Stress- vragenlijst (DASS) af.

Start detoxificatie

Preventie en behandeling van het syndroom van Korsakov/Wernicke

- Geef de patiënt sowieso thiamine (vitamine B1), nog los van al dan niet aanwezige symptomen die wijzen op een gebrek aan thiamine.
- Direct bij start van de behandeling en voor de eerste glucose-inname starten met intramusculaire toediening van thiamine (vitamine B1) suppletie. Wacht hierbij niet op een bepaalde lage bloed-alcoholwaarde of uitslagen van bloedonderzoeken.
- Een normaal eetpatroon kan gestart worden direct na toediening van thiamine.
- Onder gezonde ongecompliceerde zware drinkers of alcoholafhankelijke patiënten moet oraal thiamine vanaf 300 mg per dag gegeven worden tijdens detoxificatie.
- Bij een *verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie*: een behandeling met eenmaal daags 250 mg thiamine intramusculair of intraveneus in combinatie met (eenmaal daags oraal) vitamine B-complex forte gedurende drie tot vijf dagen of tot geen verdere vooruitgang meer wordt gezien.
- Bij *verdenking op een Wernicke-encefalopathie* te weten drie van de vier geoperationaliseerde Caine criteria: oogbewegingsproblemen, verwardheid /geheugenproblemen en ataxie bij slechte voedingstoestand aanwezig zijn, wordt de thiaminedosering gedurende drie dagen verhoogd naar driemaal daags 500 mg thiamine intramusculair (of intraveneus) (langzaam, in 100 ml fysiologisch zout) in combinatie met (driemaal daags oraal) vitamine-B-complex forte. Gevolgd door eenmaal daags 250 mg intramusculair (of intraveneus) thiamine totdat geen vooruitgang meer wordt gezien. Gevolgd door orale thiamine suppletie gedurende 6-12 weken.
- Bij *klinische verbetering* dient de behandeling na drie dagen te worden voortgezet zoals bij verhoogd risico is aangegeven totdat geen vooruitgang meer wordt gezien.
- Bij gebrek aan resultaat kan de behandeling na drie dagen worden gestaakt en moet de diagnose worden heroverwogen.

Vitamine-B-complex en vitamine C

- Bied de patiënt bij verdenking of verhoogd risico op het syndroom van Wernicke gedurende drie tot vijf dagen een behandeling driemaal daags oraal vitamine-B-complex-forte en 500 mg vitamine C.
- Verstrek het vitaminen B-complex niet langer dan één maand.

Hyponatriëmie

Meestal is het bij aanvang van de detoxificatie niet bekend dat een patiënt hyponatriëmie heeft. Patiënten kunnen door een onbehandelde hyponatriëmie onherstelbare schade oplopen. Daarom is het advies:

- Geef de patiënt vanaf het moment van opname water met zout of bouillonpoeder.
- Betrekkelijk geringe verschuiving in de natriumhuishouding kunnen leiden tot ODS, herstel van hyponatriëmie dient daartoe niet te snel te gebeuren.
- Bij waarde pNa < 122 mmol per liter patiënt de patiënt verwijzen naar algemeen ziekenhuis in verband met het risico op centraal *ponteïne myelinolyse*.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

De farmacotherapeutische ondersteuning van een alcoholonthoudingssyndroom is er vooral op gericht complicaties te voorkomen of indien toch aanwezig te behandelen. De meest voorkomende en risicovolle complicaties betreffen het onthoudingsinsult en onthoudingsdelier, de hyponatriëmie en een acuut syndroom van Wernicke. Tijdige en adequate dosering van vitaminen en ondersteunende medicatie is van essentieel belang.

Ondersteuning van een alcoholonthoudingsyndroom met benzodiazepinen

Bij de behandeling van een (ongecompliceerd) alcoholonthoudingsyndroom zijn langwerkende benzodiazepinen de eerste keus voor farmacotherapie. Er is geen duidelijke voorkeur te noemen voor diazepam, lorazepam en oxazepam, maar er zijn wel voor- en nadelen van de verschillende middelen.

- Chloordiazepoxide geeft een lager misbruikpotentieel door de lange halfwaardetijd en langere T-max.
- Bij kans op onthoudingsinsulten heeft diazepam de voorkeur vanwege de korte T-max.
- Bij leverfunctiestoornissen of ouderen is er een voorkeur voor oxazepam (niet symptoomgericht doseren) of lorazepam, omdat dit minder kans geeft op stapelen van de metaboliëten.
- Chloordiazepoxide is minder verslavingsgevoelig dan diazepam of oxazepam.
- Het is van belang niet te wachten met de benzodiazepinebehandeling tot een Bloed Alcohol Concentratie (BAC) onder de 0,8 promille bereikt is. Bij een patiëntengroep die hoog tolerant is kan de onthouding namelijk al bij een BAC van 2 promille heftig inzetten en bij leverfunctiestoornissen kan het promillage zeer traag dalen.
- Deliriumbehandeling: na het doen van nauwkeurig lichamelijk onderzoek en bloedonderzoek om somatische oorzaken uit te sluiten: starten met benzodiazepinen. Bij voorkeur met langwerkende benzodiazepinen direct starten als klinisch beeld dat vereist.
- Wees bedacht op het hoge verslavingspotentieel van benzodiazepinen en schrijf niet langer dan voor de detoxificatieperiode benzodiazepinen voor.

De keus voor symptoom triggered en fixed dose is afhankelijk van de setting en faciliteiten van de plaats waar de behandeling plaatsvindt. Evidence based is er geen eenduidig schema te maken. De duur van een schema hangt af van de duur van herregulatie van glutamaat / GABA balans. Zie voor een voorbeeld het schema op de volgende pagina.

Intramuraal

- Bij matige tot ernstige alcoholonthoudingsyndromen geniet symptoomgericht detoxificatie de voorkeur gezien de mogelijkheid om korter en met minder medicatie te detoxificeren.
- Het symptoomgericht detoxificeren vraagt om intensieve begeleiding en 24 uren monitoring door bij voorkeur ervaren verpleegkundigen die bekend zijn met de CIWA-Ar.
- Bij ernstige onthouding of eerdere complicaties in de voorgeschiedenis (insult/delir) geniet fixed dose de voorkeur.
- Een lage vaste dosering kan gecombineerd worden met gesuperponeerd symptoomgerichte medicatie. Het is echter van belang om de 'zo nodig medicatie' aanvullend op de fixed dose medicatie te baseren op de uitkomst van de CIWA-Ar.

Ambulant

- Vast afbouwschema omdat symptoomgericht doseren in een ambulante setting nog onvoldoende is onderzocht.

Voorbeeld Afbouwschema benzodiazepinen

Dosering in milligrammen

Chloordiazepoxide en oxazepam	
Dag 1	50 - 50 - 50 - 50
Dag 2	50 - 25 - 25 - 50
Dag 3	25 - 25 - 25 - 25
Dag 4	25 - 10 - 10 - 25
Dag 5	10 - 10 - 10 - 10
Dag 6	10 - 0 - 0 - 10
Diazepam	
Dag 1	20 - 20 - 20 - 20
Dag 2	20 - 15 - 15 - 20
Dag 3	15 - 15 - 15 - 15
Dag 4	15 - 10 - 10 - 15
Dag 5	10 - 10 - 10 - 10
Dag 6	10 - 5 - 5 - 10
Dag 7	5 - 5 - 5 - 5
Dag 8	5 - 0 - 0 - 5

• Chloordiazepoxide en oxazepam zijn eerder afgebouwd.

Medicamenteuze interventies anders dan benzodiazepines

Anticonvulsiva

Het combineren van carbamazepine met benzodiazepinen heeft geen meerwaarde bovenop benzodiazepinen alleen. *Carbamazepine kan overwogen worden:*

- als adjuvans bij anamnestic convulsies, meningitis of encefalitis in de voorgeschiedenis, recent hoofdtrauma, of familie-anamnese van convulsies;
- bij patiënten die geen benzodiazepinen kunnen gebruiken (o.a. wegens allergie, ernstige ademhalingsdepressie, depressie of soms ook ernstige afhankelijkheid).

Specifieke doelgroepen

Zwangeren

Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap is geassocieerd met foetale malformaties en op lange termijn psychologische problemen bij de nakomelingen.

- Staken van alcoholgebruik tijdens de zwangerschap is van belang vanwege de risico's op aangeboren afwijkingen bij de foetus.
- Een alcohol detoxificatie dient tijdens zwangerschap bij voorkeur intramuraal plaats te vinden, zodat beleid sneller kan worden gewijzigd bij hevige onthoudingsverschijnselen.
- Benzodiazepinen zijn farmacotherapie van eerste keus.
- Clomethiazol dient niet voorgeschreven te worden vanwege teratogeniciteit. Benzodiazepinen zijn relatief veilig, mogelijk wel verhoogd risico op hazenlip en in de laatste weken van de zwangerschap bestaat het risico op onthoudingsklachten of floppy infant bij de neonat.

Patiënten met comorbide schizofrenie

Op basis van (niet) gevonden literatuur lijkt er geen specifieke aanbeveling nodig voor de behandeling van alcoholonthouding bij patiënten met schizofrenie.

Ouderen/adolescenten

Houd bij ouderen of adolescenten onder de 16 jaar een lagere drempel voor een indicatie voor intramurale detoxificatie aan. Als behandeling wordt detoxificatie met benzodiazepinen zoals bij andere patiënten geadviseerd met daarbij het advies om de hoogst nodige zorg te indiceren.

Ingestie van methanol of ethyleenglycol bij alcoholafhankelijke patiënten

- Houd er rekening mee dat ingestie van methanol of ethyleenglycol voor komt bij alcoholafhankelijke patiënten. Als deze alcoholen in de lever door het alcoholdehydrogenase (ADH) worden gemetaboliseerd ontstaan toxische metabolieten die kunnen leiden tot een metabole acidose, retinashade, zenuwshade en nierschade. Hiertoe is het van groot belang om allereerst uit te sluiten dat de patiënt geen ethanol gelijktijdig met methanol nuttigt. Indien dit wél het geval is en er wordt gekozen voor een alcoholdetoxificatie kan dit tot forse (onherstelbare) schade leiden met potentieel lethale gevolgen.
- Behandeling van een intoxicatie met methanol of ethyleenglycol kan bestaan uit het toedienen van ethanol of fomepizol.

B Opioiden

Michel Wolters, Mente van Beek, Thomas Knuijver, Maarten Belgers

Inleiding

Opiaten zijn stoffen die direct uit de slaapbol (*Papaver somniferum*) worden gewonnen of daar een synthetische bewerking van zijn. Opiaten vallen onder de bredere groep van opioïden. Dit zijn alle stoffen die door interactie met opioïdereceptoren morfine-achtige effecten veroorzaken, bijvoorbeeld endorfine, methadon en buprenorphine. Opioiden kunnen worden onderverdeeld volgens hun specifieke binding aan de opioïde receptoren: 1) als agonist: het signaalmolecuul bindt zich aan een receptor en activeert dosis-afhankelijk een biologisch proces zoals heroïne, methadon, morfine, oxycodon, tramadol, noscopine en codeïne, 2) als antagonist: het signaalmolecuul bindt zich aan een receptor zonder een biologische respons op te roepen zoals naloxon, naltrexon en nalmeffeen of 3) als partiële agonist. Het signaalmolecuul bindt zich aan de receptor waarbij in lage doseringen het effect erg lijkt op dat van een agonist. Bij hogere doseringen neemt de bezetting van receptoren toe, maar het effect is minder sterk dan bij een volledige agonist en bereikt een plafond zoals bij buprenorphine. Afhankelijk van de sterkte van de receptorbinding kan een antagonist een agonist van de binding verwijderen en diens effect daardoor geheel of gedeeltelijk opheffen. Op dezelfde wijze kan een partiële agonist een aanwezige agonist verdringen waardoor het uiteindelijke effect verzwakt.

Opioiden zijn krachtige modulators van vele fysiologische en psychologische processen. Er zijn verschillende typen van opioïdereceptoren bekend welke zich niet alleen in de hersenen, maar ook in onder andere het ruggenmerg, perifere zenuwen en het maagdarmsstelsel bevinden. Deze subtypes hebben elk een wat ander werkingsprofiel waardoor het uiteindelijke klinische effect van een opioïd (ant)agonist afhangt van diens affiniteit met deze verschillende subtypes.

Heroïne passeert gemakkelijker de bloed-hersenbarrière en wordt sneller in de hersenen opgenomen dan morfine waardoor het effect geconcentreerder en intenser is dan bij morfine. De intensiteit is afhankelijk van de hoeveelheid en de snelheid waarmee de opioïde het brein bereikt en bindt aan de opioïdereceptoren.

Opioiden produceren gevoelens van euforie, rust en sedatie –een snel opkomend en prettig gevoel. Naast de euforie ervaart de opioïdegebruiker vaak een warm gevoel van de huid, een droge mond, een zwaar gevoel in de ledematen, soms met nausea, emesis en pruritus. Ook kan er sprake zijn van sedatie, een vertraagd hartritme en ademdepressie.

De positieve effecten zorgen ervoor dat opioïden langdurig of blijvend gebruikt worden, ondanks de ontwikkeling van ernstige problemen. Langdurig gebruik van opioïden verandert de fysieke structuur en fysiologie van het brein en veroorzaakt een allostase van neuronale en hormonale systemen. De effecten van opioïden veranderen van positief bekrachtigend naar negatief bekrachtigend, van impulsief naar compulsief zoeken naar en gebruiken van opioïden, waarbij steeds meer het verminderen van onbehaaglijk gevoel voorop komt te staan. Opioïdengebruik leidt tot afname van het volume van de witte massa in de hersenen met gevolgen voor besluitvaardigheid, gedragsregulatie en coping in stressvolle situaties. Chronisch gebruik van opioïden leidt tot tolerantie, fysieke afhankelijkheid, craving en leidt vaak tot ernstige verslavingsproblematiek. De hoge hoeveelheden kunnen leiden tot ademdepressie en overlijden.

Onthoudingsbeeld

- Alle opioïden geven vergelijkbare onthoudings symptomen.
- Het opioïde onthoudingsyndroom ontstaat na het stoppen of afbouwen van opioïden, meestal na langdurige heroïne- of methadongebruik. Het kan ook ontstaan na het toedienen van een opioïde antagonist zoals naltrexon of naloxon na een periode van opioïdegebruik. Het kan verder uitgelokt worden door de toediening van een opioïde partiële agonist zoals buprenorfine bij iemand die een volle agonist gebruikt zoals methadon of heroïne.
- Is vaak moeilijk te doorstaan door het oncomfortabele gevoel dat het met zich meebrengt.
- Begint vaak met subjectieve klachten en bestaat doorgaans uit angst/spanningsklachten, rusteloosheid, prikkelbaarheid en spierpijn in de rug en de benen.
- Vervolgens ontstaan er meer objectieve klachten als dysforie, nausea, braken, spierpijn, lacrimatie, rhinorree, mydriasis, pilo-erectie, zweten, diarree, gapen, koorts en insomnie. Koorts en pilo-erectie worden meestal in de kliniek niet waargenomen, omdat het beeld zich doorgaans niet zo ver ontwikkelt, omdat patiënten zelf middelen gaan gebruiken of omdat er behandeling wordt ingezet.
- Mannen kunnen spontane ejaculaties krijgen.
- De snelheid, waarmee het onthoudingsbeeld zich ontwikkelt, is afhankelijk van de halfwaardetijd van de gebruikte opioïde. Bij kortwerkende opioïden zoals heroïne ontstaat het acute detoxificatiebeeld doorgaans 6-12 uur na de laatste dosis met een piek na 1-3 dagen om na 5-7 dagen geleidelijk te verminderen. Bij langer werkende opioïden, zoals methadon of buprenorfine, beginnen de klachten 2-4 dagen na de laatste dosis.
- Minder acute detoxificatiesymptomen zoals spanning, dysforie, anhedonie en slaperigheid kunnen weken tot maanden aanhouden.
- Sommige adaptaties, zoals aangeleerde associaties, kunnen het hele leven aanwezig blijven.

Gecompliceerd onthoudingsbeeld

- Complicaties bij onthouding zijn zelden levensbedreigend.
- Het risico op complicaties wordt groter bij ernstige somatische comorbiditeit.
- Indien zich insulten voordoen, moet o.a. gedacht worden aan onthouding van een sedativum en/of alcohol of intoxicatie van een stimulant middel bij polymiddelenafhankelijkheid.
- Hevige misselijkheid en braken kan zich voordoen.
- Dehydratie naar aanleiding van braken, hevig transpireren en/of diarree dat als gevolg een verschuiving in de elektrolyten kan hebben.
- Incidenteel is het ontstaan van Tako-Tsubo cardiomyopathie: een acuut klinisch beeld dat lijkt op myocardischemie.
- Directe myocardiale toxiciteit, wat leidt tot omkeerbare lokale ontsteking (in 20% leidt het tot potentieel fatale complicaties (o.a. ventrikelfalen, cardiogene shock).
- Wees alert op het intoxicatiebeeld.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Mate, frequentie en wijze van gebruik (spuiten, roken, snuiven, slikken), onthouding, het actuele gebruik (waaronder het laatste opioïdegebruik), voorgeschiedenis van middelengebruik en afhankelijkheden, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, slaappgedrag, zwangerschap, somatische klachten, afhankelijkheidssymptomen, slaapproblemen, psychologische en sociale problemen, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie.

Anamnese middelspecifiek

- Maak vooraf aan de detoxificatie een inschatting van de te verwachten onthoudingsklachten.
- Mate waarin aanwezige lichamelijke (pijn) en psychiatrische comorbiditeit goed behandeld zijn.
- mogelijk optreden van dehydratie en een verschuiving van de elektrolyten.
- Sociale, maatschappelijke en economische factoren.
- Informeer de patiënt goed over de duur en ernst van de te verwachten onthoudingsklachten.
- Maak aan de patiënt en de direct betrokkenen kenbaar dat er een verminderde tolerantie ontstaat voor opioïden na een periode van abstinentie en het daarmee samenhangende toegenomen risico op een overdosis.
- Weeg de verwachte resultaten van de detoxificatiebehandeling af tegen de effecten van een onderhoudsbehandeling met een opioïde-agonist (methadon, buprenorfine).

Differentiaal diagnose

Houd er rekening mee dat kenmerken als spanning en rusteloosheid kunnen lijken op een onthoudingsbeeld van sedativa. Echter, rhinorree (loopneus), lacrimatie (tranenvloed) en mydriasis, zijn typische symptomen bij een opioïde-onthouding. Kenmerken als mydriasis worden ook gezien bij intoxicatie met hallucinogenen en stimulantia. Er zijn dan echter geen andere symptomen aanwezig van opioïde onthouding zoals nausea, braken, diarree, buikkrampen, rhinorree-en lacrimatie.

Lichamelijk onderzoek standaard

Pols, bloeddruk, ademhaling, temperatuur, algemene fysieke toestand.

Lichamelijk onderzoek middelspecifiek

De somatische gevolgen van opioïde-verslavingsproblematiek zijn bij veel patiënten ernstig. Onderzoek daartoe:

- Voedingstoestand;
- Inspectie pupilgrootte;
- Inspectie huid op littekens (intraveneus opioïdegebruik) en mogelijke aanwezigheid abcessen, krabletsel, contact-dermatitis en pilo-erectie;
- Mondinspectie inclusief mogelijke gebitsproblemen;
- Auscultatie naar comorbide longaandoeningen;
- Onderzoek de hartfunctie op cardiale afwijkingen. Cormorbide cocaïne- en of nicotine-afhankelijkheid is vanwege de verhoogde kans op hart- en vaatziekten een indicatie om een cardiovasculair risicoprofiel te laten opstellen en een electrocardiogram te maken;
- Bij een comorbide pijnsyndroom dient een inschatting gemaakt te worden van de ernst en de rol van opioïden hierin.

Laboratoriumonderzoek

- Klinisch chemisch laboratoriumonderzoek: algemeen bloedbeeld, leverfunctie, nierfunctie, schildklierfunctie, elektrolyten, glucose.
- Infectiologie: HBV, HCV, HIV.
- Elektrolyten: bij twijfel hepatitis serologie in verband met opvlamming ziekte.

Urineonderzoek

- Ter bepaling van gebruikte middelen kan urine-onderzoek ingezet worden.
- Zwangerschap kan met een zwangerschapstest bepaald worden.

Psychiatrisch onderzoek

- Gebruik voor aanvang van detoxificatie een gestructureerd onderzoeksinstrument voor As-1.
- Gebruik een screenend onderzoeksinstrument voor As-II.
- Beoordeel het psychiatrisch toestandsbeeld.

Contra-indicaties voor detoxificatie

- Er zijn geen absolute contra-indicaties te benoemen voor een opioïd detoxificatie.
- Instabiele psychiatrische problematiek een relatieve contra-indicatie: opioïden kunnen een dempend effect, op met name stemmingswisselingen en op psychotische klachten.
- Indien abstinentie onhaalbaar is, lijkt detoxificatie zinloos, medisch handelen.
- Houd er rekening mee dat naarmate het middelengebruik, de chroniciteit, comorbiditeit en psychosociale problematiek in ernst toenemen, stabilisatie en behandelretentie een grotere rol gaan spelen.
- Houd er bij de beslissing om al dan niet over te gaan tot detoxificatie, rekening mee dat een patiënt na een detoxificatie, bij hernieuwd gebruik van opioïden, meer risico op een overdosis door afgenomen tolerantie. Overweeg in dergelijke situatie of een onderhoudsbehandeling met een (partiële) opioïde-agonist dan mogelijk meer wenselijk is dan een detoxificatie (zie verder richtlijn Opiatonderhoudsbehandeling).

Bepaling van de setting

Patiënten kunnen in aanmerking komen voor **intramurale detoxificatie** als er sprake is van één of meerdere van onderstaande indicatoren:

- niet succesvol afronden van eerdere ambulante detoxificaties;
- behoefte aan medische en / of verpleegkundige zorg als gevolg van aanzienlijke en ernstige fysieke of psychische gezondheidsproblemen;
- ondergaan van complexe meervoudige detoxificatie (bijvoorbeeld gelijktijdige detoxificatie van alcohol en benzodiazepinen);
- aanzienlijke sociale problemen die de uitvoer van ambulante detoxificatie bemoeilijken;
- niet succesvolle stabilisatie van het gebruik van opioïden door middel van farmacologische behandeling;
- eerdere hevige onthoudingsverschijnselen;
- zwangerschap (alleen in het tweede trimester onder begeleiding van obstetrie/kindergeeneskunde);
- ouderen.

Monitoring

- Voor aanvang van de detoxificatie is het wenselijk te starten met monitoringinstrumenten.
- Volg het verloop van klachten bij onthouding dagelijks op een gestructureerde wijze met een monitoringinstrument.
- Gebruik de Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) of OOS en SOS dagelijks (meerdere keren per als dat wenselijk is) bij voorkeur op hetzelfde moment van de dag. Houd hierbij rekening met de tijden van inname van de medicatie.
- Gebruik bij polymiddelengebruik de SOS en OOS.
- Neem het monitoringinstrument af wanneer de patiënt klachten aangeeft of bij wijzigingen van doseringen of beleid.
- Pas urineonderzoek toe: voor eventueel gebruik van andere middelen en ter monitoring, motivatie en ondersteuning van het bereiken van abstinentie.

- Monitoren van intoxicatie en alert zijn op een mogelijke ademdepressie.
- Monitoren van dehydratie.
- Houd er rekening mee dat het aanbrengen van een pulse-oxymeter en het aanspreken van de patiënt kunnen een korte opleving van de ademhaling veroorzaken waardoor een werkelijke hypoxie kan worden gemaskeerd.
- Bij acute opioïde overdosering wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met een EMV boven en onder de acht. Monitor bij bewuste patiënten (EMV > 8) het bewustzijn, ademhaling en saturatie.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

Behandeling van acute opioïdenoverdosering

- Maak onderscheid tussen patiënten met een EMV hoger of lager dan acht.
 - Bij patiënten met een boven de 8 is afwachtend beleid met monitoring van bewustzijn, ademhalingsfrequentie en saturatie gerechtvaardigd. Wees hierbij alert op onderschatting van de mate van ademdepressie.
 - Bij patiënten met een EMV onder de 8 dient behandeling van opioïdenintoxicatie te geschieden volgens de ABC-methode en naloxon 0,1-0,2 mg intraveneus of intramusculair te worden toegediend.

Afbouwen of stoppen met opioïden

Er zijn drie detoxificatiemethodes het meest onderzocht in de literatuur: detoxificatie met behulp van het afbouwen met methadon, het afbouwen met buprenorfine en het gebruik van alfa-2 adrenerge agonisten.

- De keus voor opioïd-agonist is afhankelijk van het medicament waar de patiënt reeds mee behandeld wordt. Als de patiënt geen agonistenonderhoudsbehandeling heeft is er een lichte voorkeur voor buprenorfine/naloxon.
- Houd er rekening mee dat detoxificatie van opioïden ongeveer tot 28 dagen duurt in een intramuraal setting en tot 12 weken in een ambulante setting.
- Bij het wisselen van opioïden onderling en / of het wijzigen van de toedieningsvorm (oraal, subcutaan, intraveneus of transdermaal), dient de gebruikte dosering te worden omgezet naar equi-tolerante dosering (Zie tabel 3).
- Hanteer een veilige marge bij het wisselen van opioïden.

Afbouw met methadon

- Methadon biedt een effectieve ondersteuning bij detoxificatie van opioïden.
- De duur van ambulante afbouw met methadon heeft geen invloed op de mate waarin patiënten het afbouwprogramma afmaken of op de kans dat abstinentie bereikt wordt (ook na 1 jaar).
- Houd er rekening mee dat snelle afbouw kan leiden tot meer onthoudingsverschijnselen.
- Bepaal op basis van de mate van gebruik en de gemeten effecten bij de patiënt de initiële dosis.

Omzetting van heroïne naar methadon en vervolgens afbouwen

Bij de omzetting van heroïne naar methadon wordt rekening gehouden met de gebruikte dosering heroïne, eerder gebruikte methadondoseringen en onthoudingsverschijnselen.

- Als vuistregel kan gebruikt worden: 10 mg per 0,1 mg heroïne per dag met een maximum van 40 mg. Meestal is 30-40 mg methadon voldoende om onthoudingsverschijnselen tegen te gaan (maar niet voldoende als onderhoudsdosis!).
- Bij aanhoudende onthoudingsverschijnselen kan verhoogd worden met 5 of 10 mg tot de onthoudingsverschijnselen zijn verdwenen. Let daarbij wel op het risico op cumulatie en de grote interindividuele variatie van de halfwaardetijd van methadon. Een aanvanke-

lijk goed ingestelde patiënt kan enkele dagen later fors gesedeerd zijn tot zelfs adem-depressie als gevolg van cumulatie of door combinatie met andere sederende medicatie (benzodiazepinen, antipsychotica).

- Indien een patiënt reeds methadon gebruikt kan de dosering methadon rechtstreeks overgenomen worden, mits de dosering en laatste inname geverifieerd wordt. Als de benodigde dosering methadon is bereikt, kan methadon eenmaal daags gegeven worden en per 3 tot 5 dagen met 5-10mg verminderd worden.

Omzetting van methadon naar buprenorfine en vervolgens afbouwen

- Buprenorfine is effectief in de behandeling van het opioïdenonthoudingssyndroom en mogelijk effectiever dan methadon. Buprenorfine biedt mogelijk voordelen boven methadon, tenminste in een klinische setting, voor wat betreft onthoudingsklachten en misschien ook voor de duur van de onthoudingsperiode.
- Buprenorfine is mogelijk effectiever dan methadon, maar dit is nog onvoldoende bewezen. De keus voor opioïd-agonist is afhankelijk van het medicament waar de patiënt reeds mee behandeld wordt.
- Buprenorfine is effectiever dan clonidine of lofexidine in de behandeling van opioïde onthoudingssyndroom en de voltooiing van detoxificatie.
- Gradueel afbouwen met buprenorfine lijkt effectiever te zijn dan snelle afbouw.
- Bouw de methadondosering af tot tenminste 60 mg en bij voorkeur 30 mg voordat methadon over wordt gezet naar buprenorfine.
- Op dag één kan gestart worden met buprenorfine met een eerste dosering van 2/0,5 of 4/1 mg. Na de eerste gift kunnen de onthoudingsverschijnselen verergeren als er nog een zekere mate van receptorbezetting is door heroïne of methadon. Verhoog de buprenorfine iedere twee uur op geleide van de onthoudingsverschijnselen tot een maximum van 8-12/2-3mg de eerste dag of tot er geen onthoudingsverschijnselen meer optreden.
- Dag 2: indien er nog onthoudingsverschijnselen zijn: neem de totale dosis van dag 1 (8-12/2-3mg) + 4/1 mg buprenorfine. Verhoog dit eventueel na 2 uur met 4/1 mg tot een maximum van 16/4 voor de 2e dag.
- Dag 3 en 4: herhaal de stappen van dag 2 tot een maximum dosering van 24/6 mg op dag 3 en een maximumdosering van 32/8 mg buprenorfine op dag 4.
- Detoxificatie: als de dosering gevonden is, waarbij geen onthoudingssymptomen meer zijn, kan gestart worden met de afbouw van buprenorfine. Bouw af met stapjes van 2/0,5 of 4/1 mg per dag op geleide van de klachten.

Afbouw met andere middelen: tramadol

Het is mogelijk om voorafgaand aan een detoxificatie de onderhoudsdosering methadon om te zetten in Tramadol met verlengde afgifte. Dit werd onderzocht onder patiënten met een afhankelijkheid van opioïden op voorschrift en bleek daarin effectief in het tegengaan van onthoudingsverschijnselen. Echter hebben op basis van hun lange halfwaardetijd, ervaring en brede toepasbaarheid, methadon en buprenorfine de voorkeur. Tramadol biedt mogelijkheden indien methadon of buprenorfine niet toepasbaar is.

Clonidine

Clonidine wordt geadviseerd tijdens de afbouw van een agonist. Houd er rekening mee dat Het risico op hypotensieve effecten bij clonidine aanzienlijk is. Zodoende is het toepassen van clonidine tijdens een detoxificatie passend bij een intramurale detoxificatie.

Flexibel of vast afbouwschema opioïd-agonist

Er bestaat een verscheidenheid aan doseringsregimes. Bij flexibele toediening van opioïde-agonisten is de reactie van de patiënt van belang (COWS-scale).

Ondersteunende medicatie tijdens detoxificatie

- Gebruik indien nodig ondersteunende medicatie tijdens de detoxificatie.
- Hierbij kan gebruik worden gemaakt van loperamide, clonidine, NSAID's en benzodiazepinen.
- Loperamide kan ingezet worden bij het onderdrukken van diarree als onthoudingsklacht.
- Houd aandacht voor de risico's op misbruikpotentiaal, afhankelijkheid en overdosering van loperamide.
- Houd bij loperamide rekening met het misbruikpotentieel.
- Non-steroidaal anti-inflammatoir drugs (NSAID), waaronder ibuprofen of diclofenac, kunnen worden ingezet ter vermindering van de onthoudingsklacht pijn (in spieren, gewrichten of botten).
- Benzodiazepinen kunnen als adjuvans ingezet worden om de onthoudingsklachten als spierkramp, slaapstoornissen en angst te verminderen.
- Wees terughoudend bij benzodiazepinen, vanwege het risico op misbruik en het versterkende effect op de sederende werking van opioïden.

Equi-analgetische doseringen

Let op: dit gaat om equi-analgetische dosering. Dit is niet hetzelfde als de dosis die nodig is om onthoudingsklachten te couperen.

Tabel 3

Equivalentente doseringen

Opioïd	Equi-analgetische dosis parenteraal	Ratio i.v.-oraal	Equi-analgetische dosis oraal	Opmerkingen
Buprenorfine	0,3–0,6 mg	1:1,3 (i.v.: sublinguaal)	0,4 mg sublinguaal	
Codeïne		1:1,5	120 mg	
Dextromoramide			5–10 mg	obsoleet op grond van bijwerkingen
Fentanyl	0,1 mg	empirisch i.v.: transdermaal = 7:10		90 mg/dag (volgens sommige bronnen 60 mg/dag) oraal morfine komt ongeveer overeen met pleister 25 µg/uur
Hydromorfon		1:3	4–8 mg	
Methadon	5 mg*	1:2	5 mg*	* bij hoge dagdosis (> 30 mg i.v.) morfine 1,5–3 mg
Morfine	10 mg i.m./i.v. 2 mg epiduraal 0,2 mg intrathecaal	1:2 of 1:3	20 mg, retard 30 mg	orale dosis = rectale dosis
Oxycodon		3:4	13,4–30 mg	
Pethidine	75–100 mg	1:3	225–300 mg	
Pentazocine	45–60 mg	1:4	180–240 mg	
Tramadol	100 mg	1:1 of 1:1,5	100–150 mg	
Diamorfine (heroïne)	10 mg	1:3	30 mg sc	
Diamorfine (heroïne)	10 mg	10:1	1 mg sc	

* Equi-analgetische dosis van een aantal opioïden (Farmacotherapeutisch Kompas, 2014)

Zwangeren

Het voldragen van een kind tijdens methadon (of opioïde-agonist) onderhoudsbehandeling leidt tot afhankelijkheid bij de neonat. Vaak wordt daarom gedacht over detoxificatie in de zwangerschap. Vanwege het risico op zwangerschapscomplicaties zoals vroeggeboorte en grote kans op terugval in heroïnegebruik wordt detoxificatie tijdens zwangerschap afgeraden. Een methadon- of buprenorfine-onderhoudsbehandeling en zelfs verhoging aan het einde van de zwangerschap, indien nodig, biedt betere zwangerschaps uitkomsten. Over het algemeen is de consensus dat detoxificatie in het 1e trimester de kans op spontane abortus vergroot en in het 3e trimester de kans op vroeggeboorte.

- De meeste vrouwen met een opioïdenafhankelijkheid zouden een opioïde agonistenon-derhoudsbehandeling gedurende de gehele zwangerschap moeten continueren met methadon of buprenorfine. Het risico van methadon of buprenorfine weegt minder zwaar dan de risico's bij afbouw door terugval in middelengebruik.
- Weeg de risico's van detoxificatie tijdens de zwangerschap af tegen de risico's van terugval en instabiliteit bij het maken van de beslissing al dan niet te detoxificeren.
- Houd er rekening mee dat onderliggende comorbiditeit onderdrukt kan zijn door de werking van methadon. Goede diagnostiek en behandeling van comorbide problematiek is van essentieel belang.
- Stel de biopsychosociale factoren van de moeder centraal in de keuze over te gaan tot detoxificatie. Daarnaast is overleg met een obstetrisch/gynaecologisch specialist en mogelijk een psychiater (voor opname peri-partum) nodig, evenals een neonatoloog. Het is hierbij belangrijk om altijd te streven naar stabilisatie van de situatie.

Keuze voor detoxificatie tijdens zwangerschap

Detoxificatie in het 2e en 3e trimester van de zwangerschap blijkt mogelijk, maar er dient na detoxificatie wel (intramurale) begeleiding plaats te vinden om abstinentie tot partus vol te houden, omdat terugval in gebruik een risico is voor de neonat. Indicaties waarbij een detoxificatie overwogen zou kunnen worden:

- Beperkte toegang tot methadon (ambulant);
- Als vraag van de zwangere vrouw in kwestie;
- Weigeren van methadononderhoud bij heroïneafhankelijkheid;
- Als de zwangere medisch geassisteerde behandeling moet ondergaan waarvoor detoxificatie noodzakelijk is.

Ouderen en chronisch zieken

- Houd bij ouderen met een opioïde-onthoudingssyndroom rekening met een ernstiger beloop, een vertraagde absorptie van opioïden en een verlengde werkingsduur van opioïden.
- Houd er rekening mee dat er bij ouderen sneller tolerantie en lichamelijke afhankelijkheid ontstaat dan bij jongeren.
- Bovendien is de werking van orale opioïden bij ouderen vertraagd door een vertraagde gastro-intestinale absorptie en is de werkingsduur van opioïden verlengd bij ouderen vanwege een vertraagd metabolisme en een verminderde leverfunctie.

Psychiatrische comorbiditeit

Psychiatrische comorbiditeit komt veel voor onder (opioïd)afhankelijken en afhankelijkheid van middelen komt veel onder psychiatrische patiënten.

- Houd er rekening mee dat symptomen van comorbide psychopathologie gedurende of volgend op een detoxificatie zichtbaar kunnen worden.
- Houd er rekening mee dat symptomen van comorbide psychopathologie overlap kunnen hebben met onthoudingssymptomen, waaronder stemmingswisselingen of angstklachten).

Chronische pijnklachten

Het is niet zeker of detoxificatie of een agonist-onderhoudsbehandeling beter resultaat oplevert. Er zijn aanwijzingen dat het omzetten van het gebruikte opioïd naar buprenorfine effectief kan zijn in pijnreductie.

Houd er rekening mee dat de prevalentie van comorbide as-1 stoornissen onder patiënten met chronische pijnklachten en opioïde-gebruik aanzienlijk is.

C Benzodiazepinen

Erik Paling

48

Inleiding

Benzodiazepinen hebben een hypnosedatieve (slaapbevorderend), anxiolytische (angstverminderend), anticonvulsieve (tegen insulten) en spierrelaxerende werking. Benzodiazepinen bezitten kwalitatief dezelfde werkzaamheid en mogelijke verschillen in anxiolytische, spierrelaxerende, anticonvulsieve en hypnotische eigenschappen zijn niet overtuigend aangetoond. Deze kwalitatieve verschillen variëren meer per patiënt en dosis, dan per gekozen middel. Benzodiazepinen versterken de werking van de gamma-aminoboterzuur (GABA) A-receptoren. Het GABA-erge systeem is het grootste inhiberende systeem binnen het centrale zenuwstelsel. Het bestaat zowel uit lange zenuwbanen als uit interneuronen die meer over de korte afstand actief zijn. Deze laatste zijn vooral van belang om een zojuist doorgegeven actiepotaal te doven, zodat het brein weer klaar is voor verwerking van het volgende signaal.

De GABA-A receptor is een snel en kortwerkend ionotroop complex van vijf subunits die, geplaatst in de celmembraan, een transportbuis voor chloorionen vormen. GABA heeft een eigen bindingsplaats op één van deze subunits. Bij activering van de receptor door GABA ontstaat er een influx van chloorionen waardoor het celmembraan hyperpolariseert. Activering van het postsynaptisch neuron wordt daarmee geremd. Nadat een benzodiazepine zich bindt aan het receptorcomplex oefent het zelf geen directe werking hierop uit. Wel versterkt het de werking van GABA. Door de wijde verspreiding van de GABA-A receptoren wordt het gehele brein in activiteit gedempt. Dit uit zich in de hiervoor vermelde vier eigenschappen van benzodiazepinen. Benzodiazepinen kunnen verslavend zijn door de aanwezigheid van GABA interneuronen die de werking van dopaminerge neuronen in de ventrale tegmentale area remmen. Normaliter zorgen deze interneuronen ervoor dat na een stimulus de afgifte van dopamine in het beloningscentrum, nucleus accumbens, afgeremd wordt. Na inname van benzodiazepinen worden de GABA-A receptoren op deze interneuronen geactiveerd met als gevolg hyperpolarisatie van het interneuron. Daardoor wordt de inhibitie van het dopaminerge neuron verminderd en vindt er meer uitstoot van dopamine plaats in de nucleus accumbens. Ieder levend organisme streeft naar een intern evenwicht, oftewel homeostase. Ieder middel dat chronisch wordt gebruikt heeft invloed op het intern evenwicht. Voor wat betreft de benzodiazepinen is het exacte mechanisme niet geheel duidelijk. Vermoedelijk ontstaan bij chronisch gebruik veranderingen in het GABA systeem. De meest simpele verklaring is dat het aantal receptoren en waarschijnlijk ook de kwaliteit van de receptor afneemt met als resultaat een verminderde gevoeligheid voor GABA. Dit uit zich in gewenning aan benzodiazepinen. Andere mogelijke mechanismes zijn wijzigingen van de sub-unit samenstelling van de GABA receptoren en de productie van endogene liganden voor de GABA receptor. Een verhoogde gevoeligheid voor het stimulerende glutamaat systeem speelt vermoedelijk eveneens een rol. Enkelen van de genoemde processen maar niet perse dezelfde, vormen waarschijnlijk eveneens de basis van de onthoudingsklachten.

Onthoudingsbeeld

Niet iedere chronisch gebruiker van een benzodiazepine ervaart klachten bij het staken ervan. Wel kan gesteld worden dat hoe langer de benzodiazepine is genomen en hoe hoger de gebruikte doseringen, des te waarschijnlijker het is dat er ernstige onthoudingsverschijnselen ontstaan bij het staken. Na 4-6 weken gebruik van een therapeutische dosis benzodiazepinen ontstaan bij ongeveer 25% van de mensen klachten van onthouding. De tijd tussen

het staken van benzodiazepinegebruik en het optreden van symptomen is afhankelijk van de halfwaardetijd (farmacokinetiek) en het wel of niet actief zijn van de metabolieten (farmacodynamiek) van het gebruikte middel. Voor halfwaardetijden en de afbraak in actieve metabolieten (Zie tabel 4).

Mensen met een benzodiazepineafhankelijkheid kunnen ingedeeld worden in twee groepen. Namelijk patiënten met een therapeutische dosisafhankelijkheid en een groep met een hoge dosisafhankelijkheid, hierbij wordt uitgegaan van minimaal 30 mg diazepam of equivalente dosering van een ander middel, per 24 uur. Meest voorkomend, circa 97% van de chronische benzodiazepinegebruikers, is afhankelijkheid van een therapeutische dosis (< 30 mg diazepam equivalent). Dit zijn vaak mensen die op enige tijd begonnen zijn met een benzodiazepine in verband met slaap- of angstgerelateerde klachten en er nooit mee gestopt zijn vanwege rebound- of onthoudingsklachten. De groep met hoge dosisafhankelijkheid bestaat vooral uit polidruggebruikers. Behandeling met therapeutische dosis kan bij sommige patiënten ook ontaarden in een ernstige en snelle dosisescalatie met hoge dosisafhankelijkheid tot gevolg.

- Houd er rekening mee dat onthoudingsklachten bij kortwerkende benzodiazepinen, zoals alprazolam, veelal enkele uren na het staken van de inname ontstaan. Bij *langwerkende* benzodiazepinen, zoals diazepam, een geneesmiddel met een lange halfwaardetijd en actieve metabolieten, kunnen de onthoudingsklachten zich pas vanaf de derde dag of later, maar soms ook eerder voordoen.
- Met betrekking tot de duur van onthouding wordt veelal uitgegaan van een periode van 4 weken met een piek rond de tiende dag na de laatste inname bij benzodiazepinen met lange halfwaardetijden. Bij gebruik van benzodiazepinen met korte halfwaardetijden pieken de klachten rond de vierde dag. Houd er rekening mee dat detoxificatie van benzodiazepinen enige weken tot maanden kan duren (in extremen maanden na de laatste dosis – 1 jaar).
- Houd er rekening mee dat de symptomen sterk kunnen wisselen in de loop van de tijd. Variaties waarbij de klachten niet alleen tijdens maar ook na de detoxificatie toenemen kunnen voorkomen.
- Houd er rekening mee dat de ernst van het onthoudingsbeeld mild tot zeer ernstig kan zijn.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

- Wees alert op ernstige onthoudingsverschijnselen in de vorm van visuele, tactiele of auditieve hallucinaties of illusies, welke meestal voorkomen in de context van een delier. Het onderscheid kan gemaakt worden door na te gaan of dat de persoon zich realiseert dat de hallucinaties en illusies veroorzaakt worden door de onthouding van zijn medicatie en de beoordeling van het bewustzijn. Bij afwezige cognitie en een wisselend bewustzijn is er sprake van een delirium.
- Complicaties zijn: insulten en delier, welke altijd voor kunnen komen, ook onder goede medische begeleiding. Maar vooral als er abrupt gestopt wordt bij een dosis hoger dan 40 mg of een equivalent daarvan.
- Een delirium dient adequaat behandeld te worden, omdat ook een delirium ten gevolge van onthouding van benzodiazepinen levensbedreigend kan zijn.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Duur, mate, frequentie van gebruik, onthouding, het actuele gebruik (waaronder het laatste opioïdegebruik), voorgeschiedenis van middelengebruik en afhankelijkheden, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, slaappgedrag, zwangerschap, somatische klachten, afhankelijkheidssymptomen, slaapproblemen, psychologische en sociale problemen, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie.

Anamnese middelspecifiek

- Vraag bij de patiënt na welke klachten hem het meest beangstigen.
- Vraag nauwkeurig de actuele medicatie die gebruikt is door de patiënt uit.
- Houd er rekening mee dat patiënten niet altijd correct het aantal milligrammen aangeven. Het kan overdreven worden in de hoop dat er meer voorgeschreven wordt. Maar omgekeerd kan het ook onderschat worden, mede door geheugenproblemen ten gevolge van het gebruik.
- Verifieer bij voorschrijvend artsen, apotheker of familie de door de patiënt genoemde actuele medicatie.
- Om onderscheid te maken tussen oorspronkelijke klachten die in heftiger mate terugkeren (rebound), echte onthoudingsklachten of een angststoornis, is het goed uitvragen van klachten voorafgaand aan de start van het benzodiazepinegebruik noodzakelijk. Arbitraire grenzen zijn: tenminste twee nieuwe klachten, minimaal 50% hogere score op de Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS) of een combinatie daarvan.
- Vanuit de wetenschap dat voorgeschreven medicatie regelmatig misbruikt wordt, is het van belang om bij elk voorschrift alert te blijven op de therapietrouw. Ook bij een ambulante detoxificatie. Receptuur kan een aanvulling zijn op de eigen verslaving maar ook een extra bron van inkomsten. Bij een duidelijk gebrek aan therapietrouw is het staken van het voorschrift het advies.

Differentiaal diagnose

- Houd er rekening mee dat onthoudingsklachten van benzodiazepinen ook kunnen voorkomen zonder dat ooit de diagnose afhankelijkheid van benzodiazepinen gesteld is. Hierbij moet men niet alleen denken aan verslaving buiten medeweten van de arts om. Ook bij gebruik van een normale therapeutische dosis gedurende weken tot maanden kan plotseling en zonder duidelijke aanleiding tolerantie en detoxificatie ontstaan.
- Houd er rekening mee dat klachten van onthouding onvoorspelbaar komen en gaan en dat het onderscheid tussen onthouding en andere psychiatrische symptomen lang niet altijd duidelijk te stellen is. Symptomen van een onderliggende angststoornis en onthouding van benzodiazepinen zijn moeilijk van elkaar te onderscheiden. Het beloop van de symptomen in de tijd en de mogelijke samenhang met het staken van benzodiazepinen dient uitgevraagd te worden om de diagnose te kunnen stellen.
- De aanwezigheid van angstsymptomen voordat de patiënt gestart is met benzodiazepines of lang na de onthouding pleit voor een angststoornis. Visuele, tactiele en/of auditieve hallucinaties of illusies bij intact bewustzijn passen meer bij onthouding.

Lichamelijk onderzoek standaard

Pols, bloeddruk, ademhaling, temperatuur, algemene fysieke toestand.

Lichamelijk onderzoek middelspecifiek

- Bewustzijn, oriëntatie en/of coma;
- Evenwichtsstoornissen;
- Spraak;
- Nystagmus;
- Psychomotoriek;
- De normalisering van de mimiek laat nogal eens een groot verschil zien na een detoxificatie.

Urineonderzoek

Omdat hoge dosisafhankelijkheid vaak gepaard gaat met cogebruik van andere middelen wordt urineonderzoek hierop standaard geadviseerd.

- Met behulp van een enzym immuno essay (EIA) kunnen benzodiazepinen aangetoond worden in de urine. De afkapwaarde verschilt per EIA, maar is meestal 200ng/ml.
- Gebruik hiervoor een essay dat test voor oxazepam.

NB: Lorazepam en de Z-drugs zopiclon, zolpidem en zopiclon zijn de enige welke niet reageren op de EIA van oxazepam.

Laboratoriumonderzoek

Omdat langdurig gebruik van benzodiazepines niet gepaard gaat met directe lichamelijke schade, zijn er geen aanbevelingen voor laboratoriumonderzoek.

- Lever- en nierfunctie kunnen routinematig bepaald worden.
- Bij twijfel over alcoholmisbruik kan een carbohydraat-deficiënt transferrin (CDT) zinvol zijn.

Bepaling van de setting

Ambulant:

- Therapeutische dosisafhankelijkheid wordt in principe ambulant behandeld.
- Hoge dosis afhankelijkheid kan na een intramurale stabilisatie verder ambulant behandeld worden.

Indicaties voor een opname bij hoge dosisafhankelijkheid voor stabilisatie op één preparaat in een therapeutische dosis:

- Ernstige psychiatrische comorbiditeit waaronder alcoholafhankelijkheid en instabiele psychiatrische problematiek zoals psychoses en/ of suïcidaliteit;
- Ernstige instabiele somatische problematiek met name bij ouderen;
- Hoge dosisafhankelijkheid zonder stabiliteit in gebruik van dosis en of één preparaat per dag;

Indicaties voor opname bij therapeutische dosisafhankelijkheid gericht op detoxificatie en niet op stabilisatie zijn:

- Herhaalde pogingen voor ambulante detoxificatie zonder succes.

Monitoring

- Tijdens een detoxificatie is een regelmatige controle op complicaties, als een delier en insulten, en het contact met de patiënt van meer belang dan het gebruik van een meetinstrument.
- Vraag regelmatig naar fysieke en psychologische symptomen.
- Gebruik de Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) om aanvullend het beloop van de detoxificatie te monitoren.
- Neem ambulant elke twee weken en intramuraal wekelijks deze lijst af. De uitkomst kan gebruikt worden ter vergelijking met de bevindingen van de patiënt.
- Een score van minder dan 8 op de BWSQ aan het einde en na afloop van een detoxificatie is voorspellend voor langdurige abstinentie.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

Afbouw van medicatie

- Afbouw van medicatie geniet de voorkeur boven abrupt stoppen.
- Langdurige afbouwschema's of een pauze in de afbouw wordt afgeraden.

Bouw af met eigen medicatie bij:

- Therapeutische dosisafhankelijkheid in de 1e lijn eerst met eigen medicatie afbouwen, tenzij benzodiazepine niet geschikt is voor een rustige afbouw door de afwezigheid van lage doses.
- Patiënten die verschillende benzodiazepinen gebruiken bij slaapstoornissen: bouw eerst het middel met de kortste halfwaardetijd af.

Schakel over naar een langwerkend benzodiazepine bij:

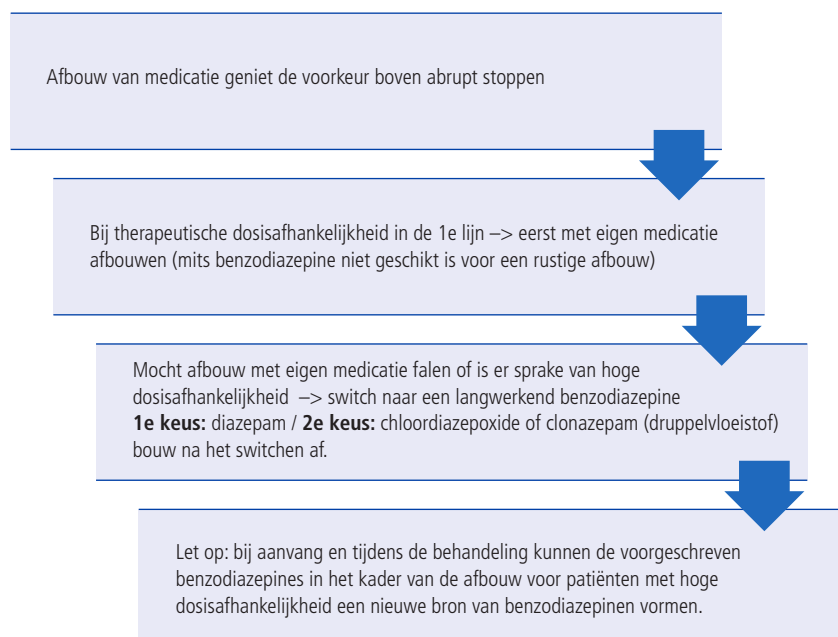
- Gedragsproblemen zoals agressie, suicidaliteit en of dosisescalatie switch direct naar een langwerkend middel alvorens af te bouwen.
- Hoge dosisafhankelijkheid van kortwerkende middelen: switch naar een langwerkend benzodiazepine. Doe dit ambulant niet van de ene dag op de andere dag maar in stappen door bijvoorbeeld per week een kwart van de kortwerkende middelen om te ruilen voor een langwerkend preparaat gedurende vier weken.
- Eerste keus langwerkend benzodiazepine om mee af te bouwen is diazepam.
- Tweede keus langwerkend benzodiazepine is chloordiazepoxide of clonazepam (druppelvloeistof).
- Afbouw met eigen medicatie faalt of er is sprake van hoge dosisafhankelijkheid, switch naar een langwerkend middel alvorens af te bouwen.
- Diazepam is 1e keus geneesmiddel voor een switch naar een langwerkende benzodiazepine.

NB: wees erop alert dat:

- bij het voorschrijven van benzodiazepinen aan polydruggebruikers de combinatie van alcohol of opioïden en benzodiazepinen potentieel gevaarlijk is. Niet de symptomatologie maar veiligheid is het kompas bij deze groep patiënten.
- bij aanvang, en tijdens de behandeling, het feit dat de voorschreven benzodiazepinen in het kader van afbouw voor patiënten met hoge dosisafhankelijkheid een nieuwe bron van benzodiazepinen kunnen vormen. Breek zo nodig eenzijdig de behandeling af.

Stappenplan

Afbouw benzodiazepinen



Therapeutische dosisafhankelijkheid

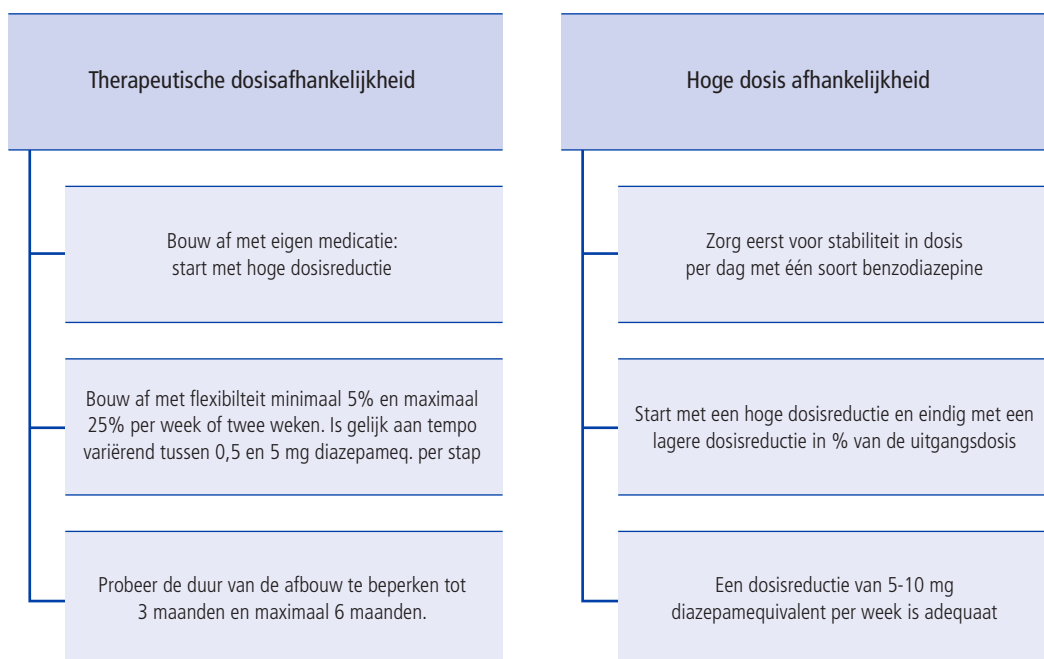
- Bouw af met de eigen medicatie.
- Start met een dosering tussen de 75 en 100% equivalentie. Start met een hogere dosisreductie en eindig met een lagere dosisreductie (in percentage van de uitgangsdosis).
- Bouw af met een tempo variërend tussen de 0,5 en 5 mg diazepam equivalent per stap.
- Bouw in het begin stevig af en bouw de laatste milligrammen indien nodig rustiger af.
- Probeer de duur van de afbouw te beperken tot enkele maanden met een maximum van zes.
- Bij gebruik in het kader van insomnie: hanteer intermitterend gebruik in het laatste deel van de afbouw.

Hoge dosisafhankelijkheid (>30 mg)

- Zorg eerst voor stabiliteit in dosis per dag met één soort langwerkend benzodiazepine. Doe dit ambulant niet van de ene dag op de andere dag maar in stappen van bijvoorbeeld een kwart van de dosis.
- Start daarna met een hogere dosisreductie en eindig met een lagere dosisreductie (in aantal milligrammen van de uitgangsdosis).
- Een equivalente dagdosis van 60% van de gemiddeld dagelijks gebruikte benzodiazepinen, met een maximum van 50 mg diazepam is adequaat.
- Een dosisreductie van 5-10 mg diazepam equivalent per week is adequaat.

Stroomschema

Afbouw benzodiazepines



Equivalente doseringen van benzodiazepines

Ten behoeve van de overschakeling naar een langwerkend benzodiazepine wordt vaak gebruik gemaakt van equivalentietabellen. Individuele verschillen in farmacodynamiek en kinetiek kunnen aanwezig zijn. Houd er daarnaast rekening mee dat dit soort tabellen vooral gebaseerd zijn op therapeutische doseringen van één benzodiazepine.

Tabel 4

Equivalente dosis en vermenigvuldigingsfactor voor 10 mg diazepam.

	Equivalente dosis 10 mg diazepam	Vermenigvul- digingsfactor	Tmax In uren	T1/2 (actieve metabolieten) In uren	Actieve metabolieten
Alprazolam	0,5	20	1,5	6-12	-
Bromazepam	5,5	1,82	1,5	10-20	+
Brotizolam	0,25	40	1,5		+/-
Chloordiazepoxide	25	0,4	-	5-30 (36-200)	+
Clobazam	20	0,5	1-4	12-60	+
Clonazepam	0,5	20	1-4	18-50	+/-
Clorazepaat	15	0,67	0,75		+
Diazepam	10	1	0,5-1,5	20-100 (36-200)	+
Estazolam	1,5	6,67	-	10-24	+/-
Flunitrazepam	1	10	0,4-1,9	18-26 (36-200)	+
Flurazepam	22,5	0,44	-	(40-250)	+
Halazepam	20	0,5	-	(30-100)	+
Ketazolam	22,5	0,44	-	30-100 (36-200)	+
Loprazolam	1,5	6,67	1	6-12	+
Lorazepam	1	10	2	10=20	-
Lormetazepam	1,5	6,67	2	10-12	-
Medazepam	10	1	-	36-200	-
Midazolam	7,5	1,33	0,5-1,5	2,1-3,5	+/-
Nitrazepam	10	1	2	15-38	-
Nordazepam	10	1	-	36-200	+
Oxazepam	20	0,5	2-3	4-15	-
Prazepam	15	0,67	6	(36-200)	+
Quazepam	15	0,67	1,75	25-100	+
Temazepam	20	0,5	0,75	8-22	-
Triazolam	0,5	20	-	2	+
Zaleplon	20	0,5	-	2	?
Zolpidem	20	0,5	0,5-3	2	-
Zopiclon	15	0,67	0,75-2	5-6	-
Eszopiclon	3	3,33	-	6 (9 bij ouderen)	-

(Ashton, n.d.) (De Jong, van Hoek & Jongerhuis, 2004)

Tabel 4 is gebaseerd op de website van Ashton: <http://www.benzo.org.uk/manual/bzcha01.htm>**Aanvullende medicamenteuze ondersteuning**

- Toevoeging van paroxetine (10-20 mg/dag) bij de afbouw van benzodiazepinen is effectief bij een therapeutische dosisafhankelijkheid zonder depressie als comorbiditeit en draagt bij tot een hoger abstinentiepercentage na een korte follow-up van twee maanden. Langere follow-up gegevens ontbreken. Geadviseerd wordt paroxetine als additief te overwegen na eerdere mislukte pogingen tot ontgiften.
- Propranolol wordt geadviseerd bij somatische of motore klachten en angst.

Doelgroepen

Zwangeren

- Rustig afbouwen met langwerkende middelen, zoals diazepam.
- Een therapeutische dosisafhankelijkheid kan het beste symptoongericht worden behandeld om de foetus zo min mogelijk bloot te stellen aan medicatie.

Ouderen en chronisch zieken

- Bouw af onder supervisie.
- Monitor vanwege verhoogde risico's op complicaties regelmatig op evenwichtsproblemen, delier, hartproblemen en leverschade.
- Houd rekening met een groter risico op toxiciteit, doordat de halfwaardetijd sterk verlengd kan zijn bij deze populatie.

Psychiatrische patiënten

Bij psychiatrische comorbiditeit naast standaardbehandeling eveneens adequate psychiatrische behandeling aanbieden en monitoren om complicaties niet over het hoofd te zien.

Comorbide somatiek

Bij ernstige lever- en nierfunctiestoornissen is het advies, vooral bij middelen met een lange halfwaardetijd, bij de start van de benzodiazepinenbehandeling, de dosis te halveren.

Jongeren 12-23 jaar

aansluiting bij de algemene principes van behandeling van jongeren. In de behandeling verdient het primaire steunsysteem en peer groepen extra aandacht.

Comorbide verslavingen

Er zijn geen contra-indicaties gevonden voor detoxificatie van benzodiazepinen in het geval er sprake is van meerdere verslavingen.

- Hoge dosisafhankelijkheid moet eerst worden gestabiliseerd op een vaste dagdosis met één soort benzodiazepine en daarna afgebouwd worden tot een therapeutische dosis.
- Bij patiënten met een methadononderhoudsbehandeling terughoudend zijn met voorschrijven van benzodiazepinen, zorgen voor adequate methadondosering en daarna de benzodiazepineafhankelijkheid behandelen.
- Bij meerdere verslavingen moet de volgorde zijn:
 - 1 GHB en alcohol tegelijkertijd (GHB kan ook gebruikt worden voor alcoholdetoxificatie, waarbij de dosis alleen iets hoger is als men stopt);
 - 2 benzodiazepinen;
 - 3 opioïden.
- De detoxificatie dient afgestemd te worden op de patiënt en op de ernst van elke verslaving. Medisch gezien mag men tegelijkertijd stoppen met nicotine, ketamine en XTC, et cetera. Dit is ook tevens een voorwaarde, omdat er intramuraal geen cannabis, xtc en of ketamine wordt verstrekt. Ambulant mag er vooraf, tegelijkertijd, of achteraf gestopt worden met de middelen als de hiervoor genoemde volgorde van detoxificatie maar gevolgd wordt.
- Plan vooraf aan de detoxificatie een overleg met de patiënt, zodat de klachten die de patiënt verwacht in beeld gebracht kunnen worden. Bij een milde detoxificatie van ketamine, xtc en of cannabis is het belangrijk te weten waar de patiënt zelf de voorkeur aan geeft, zodat er een plan opgesteld kan worden waarin ook de volgorde van detoxificatie staat beschreven.

D Gamma-hydroxybutyraat (GHB)

Rama Kamal

56

Inleiding

Gamma-hydroxybutyraat (GHB) vervult in de hersenen zowel een rol als neurotransmitter als ook van neuromodulator. GHB heeft vooral effect op de neurotransmitter gamma-aminobutyric acid (GABA)-B-receptoren en daarnaast subtypen GABA-A receptoren wanneer het in overmaat is ingenomen. Een hogere dosis GHB (500 mg/kg) stimuleert de afgifte van GABA, terwijl een lagere dosis (250 mg/kg) de GABA-afgifte verlaagt. GHB heeft ook effect op de GHB-receptoren. In farmacologische concentraties, bijvoorbeeld tijdens drugsgebruik, raken deze GHB-receptoren snel verzadigd en worden zij ongevoelig voor verdere stimulatie. GHB moduleert daarnaast verschillende andere neurotransmitters, zoals glutamaat en dopamine. GHB induceert verschillende symptomen, meestal op een dosisafhankelijke manier. GHB wordt voor therapeutische doeleinden, zoals behandeling van narcolepsie, toegediend in dosis van 3-9 gram per nacht of dag. Bij farmacologische doseringen van meer dan 20-30 mg/kg geeft GHB duizeligheid, sedatie, slaap, spierontspanning, hypothermie en kan GHB verandering in het elektro-encefalogram (EEG) tonen. GHB is een relatief gevaarlijke drug doordat het een zeer kleine therapeutische marge heeft. Een dosis boven 50 mg/kg kan bij recreatieve gebruikers coma veroorzaken.

De concentratie van straat-GHB varieert tussen 400 tot 800 mg per ml. De gemiddelde huidige concentratie valt binnen een range van 600-670 mg/ml, bepaald door het op kleine schaal testen van ingeleverde straat-GHB van opgenomen patiënten. De precursor van GHB, gamma butyrolacton (GBL) wordt ook als bron voor misbruik vermeld. GBL is meer lipofiel dan GHB en wordt sneller geabsorbeerd na orale inname. GBL wordt snel gemetaboliseerd in vivo in GHB en induceert dezelfde symptomen mogelijk in hogere intensiteit (factor 2.5). GHB wordt vaak gebruikt als zelfmedicatie bij slaapproblemen, angst en depressieve klachten. Daarnaast wordt GHB ook initieel gebruikt of voor ontspanning. Gebruikers kunnen in een kort tijdsbestek (dagen tot weken) afhankelijk van GHB worden. De gemiddelde leeftijd van GHB-gebruikers in Nederland is 28 jaar. Deze patiëntengroep is gemiddeld 10 jaar jonger dan de patiënten in de reguliere verslavingszorg. Het betreft een leeftijdsgroep die meer impulsiviteit kan tonen en de neiging heeft te experimenteren met drugs en het bagatelliseren van fors gebruik. Bij jonge patiënten wordt vaker onderrapportage van GHB-gebruik geconstateerd. Er ontbreken cijfers over de exacte prevalentie.

Onthoudingsbeeld

Onthoudingsverschijnselen treden voornamelijk op bij patiënten die om de 2 tot 4 uur GHB gebruiken, maar deze verschijnselen kunnen ook al optreden bij gebruik eenmaal per 8 uur. Gemiddeld ontstaan onthoudingssymptomen binnen 6-7 uur na inname van de laatste GHB dosis en houden ze een paar dagen tot weken aan. De onthoudingsverschijnselen zijn soms mild zoals tremoren, rusteloosheid en slapeloosheid. Ze kunnen ook ernstig zijn: hevige angst, motorische onrust, spiersamentrekkingen, autonome instabiliteit, psychose, hallucinaties en verwardheid of een delirium.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

- Wees alert op pneumonie, cardiovasculaire problemen, rhabdomyolyse, nierfalen en leverdysfunctie.
- Houd er rekening mee dat een GHB-onthoudingsdelier of het psychotisch beeld dat na GHB-onthouding enkele weken kan aanhouden, met een kenmerkende toename van

symptomen. Ook kunnen deze symptomen verschijnen tot twee weken na een verbetering van de onthoudingsverschijnselen en afronden van de detoxificatie.

- Houd er rekening mee dat zich een excited delier-syndroom kan ontwikkelen. Het gaat hierbij om aanhoudende agressieve agitatie, hyperthermie, te lage pijn prikkel en uitdroging. Bij een psychose is er een toename van visuele en auditieve hallucinaties, gepaard met extreme angstklachten en forse agitatie op te merken.
- Factoren die het onthoudingssyndroom kunnen compliceren zijn het co-gebruik van psychoactieve middelen. Co-misbruik van stimulerende middelen kan leiden tot somberheid/depressie en het risico op vasoconstrictie en hypertensie is groter. Symptomen zoals agitatie, motorische onrust en transpiëren kunnen dan langer aanhouden. Stoppen met stimulantia lijdt niet tot hypertensie.
- Bij zware GHB-gebruikers kunnen ernstige geheugenproblemen worden gerapporteerd. Neem dit mee tijdens het vaststellen van de diagnose delirium, of gestoorde concentratie ten gevolge van een psychose.
- Houd tijdens de detoxificatie rekening met een toename van angst en sombere gevoelens en mogelijke aanwezigheid van PTSS- klachten bij de patiënt.
- Wees alert op hypertensie, tachycardie, veranderde psychische gesteldheid en forse diarree of uitdroging wat kan leiden tot elektrolyten disbalans. Het is hierbij van belang een goede uitgebreide verpleegkundige rapportage bij te houden, waarin het eet- en drinkgedrag en de toestand van de patiënt beschreven worden.
- Meld veranderingen bij de patiënt die kunnen wijzen op complicaties op het gebied van de vitale functies (bewustzijn, ademhaling en circulatie) direct bij de (wacht) arts. Die beoordeelt welke acties noodzakelijk zijn en of dat een opname in een algemeen ziekenhuis geïndiceerd is. Andere klachten kunnen over het algemeen door de verpleegkundigen, eventueel in overleg met de wachters, adequaat worden behandeld.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Middelengebruik, onthouding, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis.

Anamnese middelspecifiek

- Vanwege de korte halfwaardetijd van GHB en de mogelijke onthoudingssymptomen is het tijdstip van laatste inname GHB en of GBL (GBL is $\geq 2.5 \times$ GHB), interval, dosering en nachtelijk GHB gebruik van belang.
- Zelf geproduceerde GHB in de thuissituatie, in verband met de neiging tot het produceren van hoge doseringen.
- Samenstelling van de GHB/GBL (GBL is $\geq 2.5 \times$ GHB) die de patiënt gebruikt en indien mogelijk de concentratie. Indien dit niet mogelijk is, ga uit van een gemiddelde straat-concentratie van 650 mg/ml.
- Vraag de patiënt gericht naar fysieke en psychiatrische problemen.
- Specifieke aandacht voor cardiale problemen en hypertensie
- Psychiatrische aandacht voor een angststoornis en of psychose in de voorgeschiedenis.
- Eerdere opnames in verband met intoxicatie of een doorlopen detoxificatietraject, en het verloop ervan.
- Eerdere opnames op een intensive-care unit in verband met het ontwikkelen van rhabdomyolyse, cardiale problemen en/of afname van de nierfunctie.
- Co-gebruik navragen, vanwege het effect op de onthoudingssymptomen (met name amfetaminen en alcohol zijn hierbij belangrijk). Houd er rekening mee dat stimulantia het sederend effect van GHB verminderen..
- Hetero-anamnese om aspecten als GHB-gebruikspatroon en psychiatrische comorbiditeit te bevestigen of verduidelijken.

Differentiaal diagnose

- Houd er rekening mee dat mogelijke intoxicatie en onthouding soms overlap kunnen laten zien in het bijzonder met symptomen van een delirium, agitatie en epileptische aanvallen.
 - delirium door somatische oorzaak
 - alcoholonthoudingssyndroom
 - benzodiazepineonthoudingssyndroom
 - angststoornis/paniekaanvallen
 - serotonine syndroom.
- Het maligne neuroleptica syndroom kan op GHB-onthouding lijken zonder hyperthermie.
- Houd er rekening mee dat intoxicatie een achterliggende oorzaak kan zijn bij (met name) jonge mannen die zich met een snel optredende coma van onbekende oorzaak presenteren met een hoofdtrauma, metabole stoornissen, infectie van het centrale zenuwstelsel en verhoogde intracraniele druk.
- Wees ook alert op de aanwezigheid van delayed onset symptomen (psychose/delirium) zelfs nog twee weken na detoxificatie.

Lichamelijk onderzoek standaard

Pols, bloeddruk, ademhaling, temperatuur, algemene fysieke toestand.

Lichamelijk onderzoek middelspecifiek

Er zijn weinig tot geen exacte aandachtspunten met betrekking tot lichamelijk onderzoek of aanvullend onderzoek bij GHB detoxificatietrajecten vermeld in de literatuur.

- De werkgroep adviseert, buikgevoeligheid (obstipatie, misselijkheid), spiercontracties, tremors / psychomotoriek.
- Vraag de patiënt of hij last heeft van vermoeidheidsklachten in verband met hypokaliëmie.

Urineonderzoek

Gebruik van andere drugs, de kwantitatieve bepaling van GHB.

- Houd er rekening mee dat dat GHB-concentraties in de urine dalen met de leeftijd van de patiënt. Voor deze daling kan worden gecorrigeerd door de GHB/creatinine-ratio te meten.
- Hierbij kan een sneltester gebruikt worden.

Laboratoriumonderzoek

Elektrolyten (voornamelijk kalium) (bij afwijking K supplement is het advies, de bepaling na twee weken te herhalen), vitamine D, vitamine B en in het bijzonder vitamine B1 (thiamine), nier- en leverfunctie (routinematig) en bij temperatuursverhoging ook creatine kinase (CK) bepalen.

Bepaling van de setting

Contra-indicaties voor ambulante GHB-detoxificatie, en dus indicaties voor intramurale detoxificatie, zijn:

- gebruik van > 50 milliliter GHB (+/- 32 gram) per dag;
- frequenter dan eenmaal per twee uur GHB gebruiken;
- ernstige GHB-onthoudingsklachten in de voorgeschiedenis;
- een delier in de voorgeschiedenis;
- een ernstige psychiatrische stoornis die onvoldoende onder controle is, zoals een depressie, angststoornis, psychotische stoornis of bipolaire stoornis;
- ADHD in combinatie met onregelmatige gebruik van ADHD-medicatie (zoals Ritalin, dexamfetamine);
- fysieke agressie of dreiging hiertoe gedurende GHB-gebruik of tijdens een eerdere GHB-detoxificatie;

- kinderen in de thuissituatie die door de ambulante detoxificatie worden belast;
- ernstige somatische afwijkingen zoals: lever- en nierfunctiestoornissen, epilepsie en cardiovasculaire- en pulmonale belasting en afwijkingen;
- gebruik van alcohol en of andere drugs gelijktijdig met GHB-gebruik of tijdens detoxificatie;
- zwangerschap.

Monitoring

Intramuraal

- Monitor de onthoudingssymptomen tijdens de titratie- en detoxificatiefase meerdere keren per dag, met een minimum van drie keer per dag (in verband met halfwaarde van GHB).
- Gebruik bij voorkeur de Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS) voor de monitoring van de onthoudingssymptomen naast de Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS).
- Gebruik de Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) bij verwachting van een delirium of psychose.
- De verpleegkundige (specialist) draagt zorg voor het monitoren van onthoudingssymptomen tijdens de titratie- en detoxificatiefase. Dit gebeurt door de patiënt tijdens de titratiefase 30 minuten vóór en 30 minuten ná toediening van de GHB de SOS in te laten vullen. Vanaf de start van de detoxificatiefase alleen 30 minuten vóór toediening van de medicatie (GHB gift of benzodiazepinen).
- De verpleegkundige vult zelf de Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS) of CIWA-Ar in (op hetzelfde moment dat de patiënt de SOS invult).

Ambulant

- Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS) voor de monitoring van de onthoudingssymptomen: de patiënt wordt gevraagd de lijst 2 keer per dag op vaste momenten in te vullen.
- Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS) voor de monitoring van de onthoudingssymptomen: de verslavingsarts / nurse practitioner vult tijdens de controleconsulten de lijst in.
- Visuele Analoge Schaal (VAS): de patiënt wordt gevraagd de VAS-lijst eenmaal per dag, in de middag in te vullen.

Intramuraal en ambulant

- Registreer de vitale parameters, waaronder de bloeddruk, pols, temperatuur en ademhalingsfrequentie.
- Houd een goede uitgebreide verpleegkundige rapportage bij, waarin het eet- en drinkgedrag en de toestand van de patiënt beschreven wordt.
- Wees alert op hypertensie, tachycardie, veranderde psychische gesteldheid en forse diarree of uitdroging wat kan leiden tot elektrolyten disbalans.
- Meld veranderingen bij de patiënt die kunnen wijzen op complicaties op het gebied van de vitale functies (bewustzijn, ademhaling en circulatie) direct bij de (wacht)arts.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

GHB-detoxificatie is een complex syndroom waarvan de symptomen variëren en gevaarlijk kunnen zijn voor de patiënt. Omdat de werkzaamheid van GHB voornamelijk via de GABA-B-receptor verloopt heeft de behandeling van onthouding met een vervangend middel, dat eveneens via deze receptor werkt, de voorkeur bij de behandeling van onthouding. Opties daarvoor zijn de farmaceutisch bereide vorm van GHB of benzodiazepinen.

Detoxificatie met benzodiazepinen:

- bij lage dosis GHB (≤ 30 g m/dag) of blanco psychiatrische voorgeschiedenis of een stabiel psychiatrisch en somatisch toestandsbeeld;
- langwerkende benzodiazepinen (bijvoorbeeld diazepam of clorazepinezuur) vormen de eerste keus farmacotherapie in dosis vanaf 60 mg per dag tot hogere dosis van 150-200mg/24uur.

Detoxificatie met farmaceutische GHB:

- bij hoge dosis GHB (≥ 30 mg/dag);
- onstabiel psychiatrisch toestandsbeeld (waaronder beginnende symptomen van een delirium of psychose);
- het acuut staken van GHB;
- presentatie van klachten meer dan zes uur na het staken met GHB-gebruik;
- crisissituaties;
- resistentie voor benzodiazepinen.

Bij geen effect of geen optimale reactie op benzodiazepinen en geen toegang tot farmaceutische GHB:

- De mogelijkheid hebben over te gaan tot een IC-opname.
- Oraal phenobarbital tot 100 mg/dag in combinatie met lage dosis benzodiazepinen (Lorazepam tot 6 mg of diazepam tot 40 mg/dag).
- Continueer Phenobarbital voor zeven dagen en bouw daarna af tot nul.
- Zet propofol in bij patiënten die niet reageren op hoge doses benzodiazepinen of barbituraten.

Stappen detoxificatie met farmaceutische GHB*A Titratiefase*

- Stabiliseer de patiënt op farmaceutische GHB.
- Bepaal het startinterval op basis van het vermeldde gebruikspatroon van de patiënt tijdens het opnamegesprek.
- Begin met toediening van 10 tot maximaal 20 ml farmaceutische GHB die aangeleverd wordt in een concentratie van 150 mg/ml.
- Streef ernaar de patiënt in te stellen op 0.6-0.7 (60-70%) van eigen straat GHB-dosis.

B Detoxificatiefase

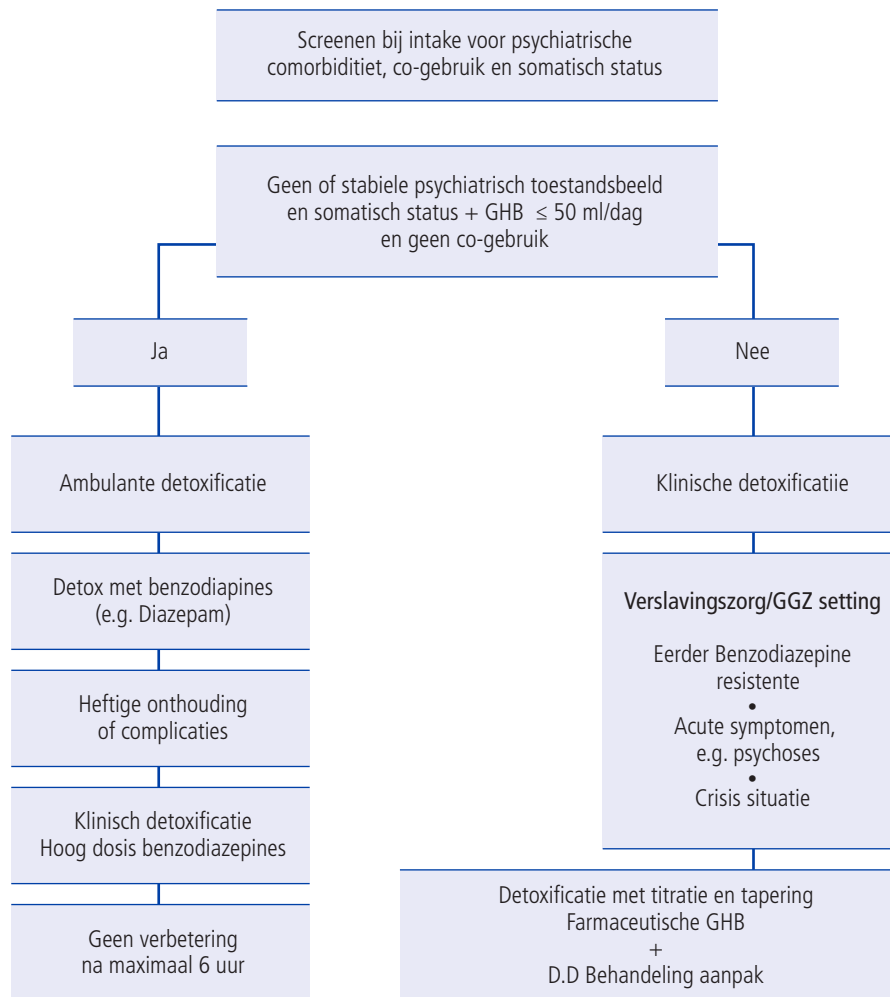
- Start de volgende dag met afbouwen van 2-3 ml (300-450mg) per gift, in een interval van 2-3 uur.
- Dit herhalen afhankelijk van de startdosering voor een periode tussen de 10 dagen en 3 weken.

Toelichting stroomschema:

Bij een ambulante behandeling wordt de patiënt ingesteld op benzodiazepinen. Bij een intramurale behandeling wordt de patiënt ingesteld op farmaceutische GHB of benzodiazepinen. Indien detoxificatie met GHB niet werkt, dan overstappen naar farmaceutische GHB. Een delirium of psychose komen regelmatig voor tijdens de detoxificatie. Hierbij is een verhoging van de farmaceutische GHB geïndiceerd.

Stroomschema

Afbouw GHB



Flexibel of vast afbouwschema

- Flexibel op geleide van symptomen titreren van medicatie en daarna afbouwen op basis van een vast afbouwschema.
- Bij behandeling van klachten zoals een verhoogde bloeddruk of diarree wordt ondersteuning met aanvullende medicatie symptomgericht toegevoegd.

Veranderde lichamelijke of psychische gesteldheid (complicaties)

- Bij het plotseling optreden van angst- en of psychotische symptomen, bijvoorbeeld hallucinaties, in overleg met de arts onmiddellijk met medicatie starten.
- Bij angst en ernstige onrust: eerst proberen te behandelen door het verhogen van de GHB met maximaal 5 ml, zo nodig vervolgens starten met Diazepam (5-10 mg) of chloor-diazepoxide. Deze laatste kan gegeven worden aan patiënten die bekend zijn met een voorgeschiedenis van benzodiazepine (diazepam/oxazepam) afhankelijkheid.
- Bij acuut psychotisch gedrag/delirium: eerst de GHB dosis verhogen met 10- 15 ml per gift. Als er binnen 30-60 minuten geen kleine verandering / verbetering in de symptomen optreedt, dan is de meest waarschijnlijke uitleg, dat er een psychiatrisch toestandsbeeld los van GHB onthouding aanwezig is. Toedienen van antipsychotica (bijvoorbeeld haloperidol 2,5 -5 mg oraal of 1 mg intramusculair) is geïndiceerd.

- Als de acute psychotische toestand gepaard gaat met agitatie en agressie wordt Temesta tot 4 mg IM plus haldol 5 mg intramusculair of cisordinol acutard (50-100 mg IM) geadviseerd.
- Bij extrapiramidale bijwerkingen van haloperidol / cisordinol wordt akineton (2mg oraal (bij extreme klachten IM) gegeven.
- Bij patiënten die bekend zijn met niet-drugs gerelateerde psychoses, waarvoor eerder door een psychiater een antipsychoticum is voorgeschreven, kan ervoor gekozen worden dit antipsychoticum, meteen bij de start van de medicamenteuze behandeling te hervatten.

Hypertensie

GHB zorgt afhankelijk van de dosis voor een verlaging van de bloeddruk. Tijdens de afbouwfase wordt hypertensie als onthoudingsklacht waargenomen.

- Bij een diastolische druk boven de 100mmHG, de patiënt observeren tot een half uur na de GHB-gift. Blijft de diastolische druk boven de 100mmHG bij meerder observatiemomenten dan wordt in overleg met de arts Metoprolol (=Selokeen; 50mg – 100mg) toegediend.
- Bij een diastolische druk boven de 120m mHG wordt in overleg met de arts direct metropolol gegeven.
- Wees alert op alarmsymptomen zoals hoofdpijn, wazig zicht, duizeligheid, hyperventilatie of agitatie en bij het waarnemen van één of meer van deze symptomen onmiddellijk de arts raadplegen.

Polydruggebruik

Patiënt meldt naast zijn GHB-gebruik:

- gebruik van > 2 gram cannabis per dag:
Voorstel: zo nodig ondersteuning met benzodiazepinen maximaal 6x dd 5 mg of 3xdd 10 mg diazepam.
- dagelijks gebruik van benzodiazepinen:
Voorstel: benzodiazepineondersteuning, maximaal 20 mg diazepam per dag.
- gebruik van 8 standaard consumpties /eenheden alcohol per dag:
Voorstel: detoxificatie met GHB, verhoogd met 5 ml per gift.
- Wees extra alert indien de patiënt meldt stimulantia te gebruiken naast GHB.

Indicatie detoxificatie op IC-afdeling van een algemeen ziekenhuis

- Bij geen effect bij de hiervoor genoemde behandelingen en mogelijkheid voor een IC opname wordt oraal phenobarbital tot 100 mg/dag geadviseerd in combinatie met lage dosis diazepam (tot 8 mg/dag). De phenobarbital continueren voor 10 dagen en daarna afbouwen naar nul. Wanneer de patiënt benzodiazepinen bij gebruikt is phenobarbitol geïndiceerd. Propofol kan vooral succesvol zijn bij patiënten die niet reageren op hoge doses benzodiazepinen of barbituraten.
- Bij rhabdomyolyse.
- Ongecontroleerd delirium.

Doelgroepen

Zwangeren

- Aanbeveling is de detoxificatie aan te bieden in het tweede trimester van de zwangerschap.
- Bouw langzaam af met maximaal 2 ml per gift om de dag. Streef ernaar naar nul te gaan in dit trimester.
- In het geval van starten in het derde trimester: bouw af naar de laagst mogelijke dosis en niet naar nul om de hazard van spontaan baarmoedercontracties en hypertensie/pre-eclampsie te voorkomen.

- Stel gynaecologen op de hoogte van de situatie van de patiënt, zodat zij voorbereid kunnen zijn op mogelijke onthoudingsklachten bij het pasgeboren kind, in het bijzonder tachycardie en spierpijn/spiertrekken.
- Bij co-gebruik is de focus op detoxificatie van GHB als eerste afhankelijk van het middel dat naast de GHB gebruikt is. Hiervoor wordt ondersteunende medicatie toegevoegd, behalve bij co-gebruik van alcohol waar verhoging van de dosis van medicatie ter ondersteuning van de detoxificatie (benzodiazepines of farmaceutisch GHB) is geadviseerd.

Jongeren 12-23 jaar

Voor jongeren worden dezelfde behandelmethoden van afbouw met langwerkende benzodiazepinen of farmaceutische GHB geadviseerd als voor 23-plussers.

Comorbiditeit

- Wees alert op stoornissen bij GHB-afhankelijke patiënten – naast de stoornissen met betrekking tot middelengebruik. Hierbij zijn veelvoorkomende stoornissen te noemen als:
 - stemmings- en angststoornissen;
 - antisociale persoonlijkheidsstoornis;
 - aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit;
 - Suïcidaliteit.
- Bied dubbeldiagnose patiënten adequate psychiatrische hulp, aanmoediging om gebruik te maken van psychiatrische hulp en monitoring van complicaties en agitatie.

Inleiding

Stimulantia hebben een stimulerende werking op het zenuwstelsel. Voorbeelden van stimulantia zijn amfetamine, cocaïne en XTC. Stimulantia geven een toename van de hoeveelheid monoaminen in de synapsspleet. Zij doen dit door een verhoogde afgifte en door blokkade van de heropname van monoaminen zoals norepinefrine, dopamine en serotonine in het centrale zenuwstelsel en in het perifere zenuwstelsel. Na gebruik van deze middelen is er een verhoogde activiteit in het beloningssysteem in de hersenen, bestaande uit projecties van het ventrale tegmentum naar de hippocampus, de frontale cortex, het septum, tuberculum olfactorius en de nucleus accumbens.

De verhoogde stemming na gebruik van stimulantia lijkt vooral veroorzaakt te worden door een verhoogde activiteit van dit systeem en de daardoor veroorzaakte toename van dopamine in synapsen van de nucleus accumbens, mediale prefrontale cortex, en limbische gebieden zoals amygdala en thalamus.

De effecten van stimulantia hangen af van de wijze van gebruik. Het inhaleren of intraveneus gebruik van stimulantia geeft een snelle, zeer intense euforie die ook wel wordt beschreven als een 'rush'. Na het snuiven van stimulerende middelen is het effect minder snel en heftig, maar ook dan ontstaat na verloop van tijd een euforische staat waarin men het gevoel heeft alles aan te kunnen. Door het prettige gevoel tijdens de euforie en de daarop volgende dysforie is er een sterke behoefte om door te blijven gebruiken. Chronisch gebruik van stimulantia geeft een downregulatie van sommige receptoren in dit systeem en deze afgenomen receptorfunctie is waarschijnlijk verantwoordelijk voor het ontstaan van een toenemende tolerantie voor de gewenste effecten en het onthoudingsyndroom.

Onthoudingsbeeld

Veel gebruikers van stimulantia en vooral degenen die het de voorafgaande dagen achtereen en vaak met weinig of geen slaap gebruikt hebben ('binges') presenteren zich de eerste 24 tot 48 uur met een beeld ('crash') waarin de gebruiker veel slaapt, extreem veel kan eten en prikkelbaar en snel geïrriteerd is. Dit beeld is op zichzelf geen onthoudingsyndroom, alhoewel het hier in over kan gaan bij afhankelijke gebruikers. De symptomen van onthouding beginnen meestal binnen 24 uur na het stoppen met gebruik en duren op zijn minst drie tot vijf dagen. Vermoeidheid, levendige onaangename dromen, insomnia of hypersomnia, verhoogde eetlust, psychomotorische vertraging of agitatie, somberheid, slaapstoornissen en sterke drang om opnieuw te gebruiken zijn de meest voorkomende symptomen. Onthouding van stimulantia brengt gewoonlijk geen medische gevaren of intens lijden met zich mee.

Gecompliceerd onthoudingsyndroom

Wees alert op:

- Alarmsignalen van een sterke dysforie met depressieve gevoelens, negatieve gedachten die tot suïcidale gedachten en pogingen kunnen leiden: dit kan zowel bij cocaïne- en amfetaminenonthouding optreden en is in het algemeen sterker en langer van duur bij amfetamine – dan bij cocaïneonthouding en vooral intraveneuze gebruikers lijken een groter risico te lopen.
- Hart- en vaatproblemen zoals hypertensie, pijn op de borst en ritmestoornissen. Pijn op de borst kan veroorzaakt worden door ischemie ten gevolge van vasoconstrictie ritmestoornissen door een verlengde QTc tijd (de tijd tussen het begin van het QRS complex

van het ECG en het einde van de T-top en gecorrigeerd voor de frequentie van de hartslag) bij patiënten met recent cocaïnegebruik.

- Milde en ernstige buikklachten door ischemie van de darmvaten.
- Longproblemen met hoesten en kortademigheid. Dit wordt meestal gezien in de eerste week van onthouding bij crackgebruikers als gevolg van een tracheobronchitis of bronchospasmen.
- Epileptische aanvallen tijdens het begin van een detoxificatie.
- Persisterende hoofdpijn. Dit kan veroorzaakt worden door een subdurale, subarachnoidale of intracerebrale bloeding ten gevolge van het gebruik van stimulantia.
- Overwaardige denkbeelden en paranoia met misinterpretatie van omgevingsstimuli en een psychose met waandenkbeelden en hallucinaties kunnen ook tijdens een detoxificatie het onthoudingsbeeld kleuren.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Mate, frequentie en wijze van gebruik (spuiten, roken, snuiven, slikken), onthouding, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, zwangerschap, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie.

Anamnese middelspecifiek

- Psychiatrische screening op depressieve klachten, suïcidale ideaties en psychotische verschijnselen.
- Somatische klachten gerelateerd aan stimulantiagebruik (zie Tabel 5).

Differentiaal diagnose

Houd er rekening mee dat:

- Intoxicatie en onthoudingssymptomatologie lopen in de beginfase van een detoxificatie van stimulantia regelmatig door elkaar lopen niet altijd van elkaar te onderscheiden zijn.
- Klinische verschijnselen bij onthouding van amfetaminen niet erg specifiek zijn en bijvoorbeeld ook kunnen optreden bij somatische aandoeningen als schildklier-aandoeningen, leveraandoeningen of onderliggende infecties, maar ook bij psychiatrische stoornissen waaronder een depressieve stoornis, bipolaire stoornis of angststoornis.
- Klachten die ontstaan na onthouding van stimulantia een overlap tonen met symptomen bij andere onthoudingssyndromen zoals tabak, cannabis, benzodiazepinen, alcohol of cafeïne.
- Als de klachten veroorzaakt worden door onthouding is de verwachting dat deze bij blijvende abstinentie snel zullen verbleken. Indien dat niet het geval dient een psychiater geconsulteerd te worden en /of moet een somatische oorzaak verder uitgesloten worden.

Lichamelijk onderzoek standaard

Pols, bloeddruk, ademhaling, temperatuur, algemene fysieke toestand.

Lichamelijk onderzoek middelspecifiek

- Uitgebreid algemeen lichamelijk onderzoek met specifieke aandacht voor aan stimulantiagebruik gerelateerde aandoeningen (zie hiervoor tabel 5).
- Wees alert op comorbiditeit door gebruik van stimulantia als gevolg van vasoconstrictie. Door ischemie of infarcering kunnen daardoor in meerdere orgaansystemen complicaties optreden. Een hartinfarct en een cerebraal vasculair accident (CVA) zijn bekende complicaties van stimulantiagebruik maar ook andere complicaties zoals een darmnecrose en nierinfarct zijn beschreven (tabel 5).

Tabel 5

Somatische klachten gerelateerd aan stimulantia gebruik

Systeem	Complicatie
Cardiovasculair	Aritmieën; tachycardia, bradycardia, ventriculaire tachycardia Hypertensie; kan cerebrovasculaire accidenten veroorzaken Arteriële spasmen; kunnen hartinfarcten en cerebrovasculaire accidenten veroorzaken (hartinfarcten kunnen in de eerste week van onthouding optreden!) Cardiomyopathie en congestief hartfalen
Neurologisch	Convulsies Cerebrovasculaire accidenten: met hersenbloedingen, infarcten en ischemische episoden Neuropsychologisch veranderingen; aandacht- en concentratieproblemen, geheugenstoornissen, problemen met het aanleren van nieuwe vaardigheden Bewegingsstoornissen; tics, stereotype bewegingen, choreatische bewegingen
Luchtwegen	Geïrriteerd neusslijmvlies, neusbloedingen, septum perforatie, chronische longschade, pneumonie, longoedeem, tracheo-bronchitis
Seksualiteit	Kortdurend gebruik is geassocieerd met een versterkt gevoel van seksueel verlangen en presteren Chronisch gebruik geeft een afname van de libido, impotentie, problemen met klaarkomen en gynaecomastie bij mannen en bij vrouwen menstruatieproblemen met oligomenorrhea, amenorrhoea en galactorrhoea
Zwangerschap	Gebruik van stimulantia is geassocieerd met een vergrote kans op obstetrische complicaties (spontane abortus, vroeggeboorte, placenta loslating) en kan schade aan de vrucht veroorzaken
Overige	Gewichtsverlies door verlies aan eetlust en verhoogd metabolisme Huidaandoeningen met infecties door krabben Spuit gerelateerde aandoeningen (bijv. HIV, Hepatitis) Darmnecrose Nierinfarct

Bron: Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines – NSW 2008

Onderzoek naar de psychische gesteldheid

Onderzoek de patiënt bij de start van de behandeling nauwkeurig op aanwezigheid van psychiatrische comorbiditeit.

Bloedonderzoek

Indien er op basis van de anamnese en/of lichamelijk onderzoek mogelijk sprake is van somatische comorbiditeit en bij het optreden van acute situaties.

Urineonderzoek

Biedt geen meerwaarde om de ernst van de onthouding te bepalen. Het kan wel zinvol zijn om vast te stellen of de patiënt ook ander middelen of amfetamine analogen zoals cathinone of mephedrome gebruikt.

Bepaling van de setting

In de meeste gevallen kan de detoxificatie ambulant plaatsvinden. Een **intramuraal detoxificatie** is aangewezen voor patiënten die voldoen aan één of meer van de volgende criteria:

- afhankelijkheid van stimulantia in combinatie met één of meerdere van de volgende middelen: alcohol, heroïne, gamma-hydroxyboterzuur (GHB) en benzodiazepinen. Voor de combinatie met cannabis en nicotine is geen opname nodig;
- ernstige comorbide medische of psychiatrische aandoeningen;
- ernstige vorm van afhankelijkheid, dagelijks gebruik, gebruik in binges, meerdere grammen per dag;
- geen geschikte woonomgeving;
- geen geschikt steunsysteem;
- meerdere mislukte ambulante pogingen of eerdere gecompliceerde detoxificaties;
- zwangerschap is geen keihard criterium voor een intramurale detoxificatie, maar moet worden afgewogen aan de andere criteria.

Detoxificatie in een algemeen ziekenhuis

Bij patiënten die opgenomen zijn in een verslavingskliniek en ook bij patiënten, die een ambulante detoxificatiebehandeling ondergaan kunnen er situaties zijn die nopen tot doorverwijzing naar een ziekenhuis, namelijk bij:

- wisselende bewustzijnsstoornissen met focale uitvalsverschijnselen;
- verdenking beroerte en een score van 1 of meer op de FAST test, welke bestaat uit:
 - 1 *Face*: vraag iemand zijn tanden te laten zien + als dit niet lukt of scheefstand mond.
 - 2 *Arm*: armen horizontaal naar voren laten steken met handpalmen naar boven + als een arm wegzakt of gaat schudden.
 - 3 *Speech*: als er sprake is van onduidelijke spraak.
 - 4 *Tijdstip*: hoe lang bestaat het.
- acute hoofdpijn, die binnen een minuut heel hevig wordt en langer dan 1 uur aanhoudt;
- hevige hoofdpijn met neurologische symptomen zoals (halfzijdig) krachtsverlies, (halfzijdige) sensibiliteitsstoornissen, visusstoornissen, spraakproblemen;
- wanneer de diastolische bloeddruk > 120-130 en de systolische > 200-220 (hypertensieve crisis);
- ernstige hypertensie, een bloeddruk tussen de 180/110 en 220/120 met hoofdpijn, pijn op de borst, kortademigheid, duizeligheid en/ of verminderd bewustzijn, visusstoornissen of een tonisch /clonisch insult;
- drukkende pijn op de borst, die in rust langer aanhoudt dan 15 minuten eventueel met uitstraling naar arm, schouder, hals of kaken soms rug of maag. Vaak met vegetatieve verschijnselen als transpireren, misselijkheid, bleek of grauw zien;
- hevige buikpijn met anaal bloedverlies of bloederige diarree.

Monitoring

- De frequentie waarin onthoudingsklachten moeten worden gemonitord is afhankelijk van de ernst van de verschijnselen.
- Onthoudingsverschijnselen kunnen sterk fluctueren en daartoe is het advies regelmatig te monitoren.
- Monitoring hiervan kan op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek. Onthoudingschalen worden niet routinematig gebruikt in de klinische praktijk en lijken in het algemeen ook geen meerwaarde te hebben bij detoxificatie van stimulantia. De stemming en energieniveaus schommelen namelijk de eerste dagen sterk – een patiënt kan zich op het ene moment presenteren met een sombere stemming, een afgevlakt affect en psychomotorische retardatie en een paar uur later geagiteerd en onrustig.
- Gebruik indien een schaal van nut is voor het monitoren van onthoudingsklachten de Cocaine Selectivity Severity Assessment Scale (CSSAS).
- Houd er rekening mee dat de ernst van onthoudingsverschijnselen klinisch relevant kan zijn in verband met het beëindigen van de behandeling door de patiënt en terugval in gebruik.

- Het screenen op onderliggende psychiatrische problemen (paranoia, waandenkbeelden, depressieve klachten, angst) dient gedurende de gehele detoxificatiefase te gebeuren. Houd er rekening mee dat deze problemen gemaskeerd kunnen worden en kunnen fluctueren tijdens de crash fase.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

Gewoonlijk brengt onthouding van stimulantia geen medische gevaren of intens lijden met zich mee. De in tabel 6 vermelde somatische complicaties zijn vooral complicaties door gebruik en deze kunnen soms in het begin van de onthouding optreden. In de literatuur worden geen specifieke aanbevelingen gevonden over het (medicamenteus) beleid bij onthouding van stimulerende middelen. Indien zich wel medische klachten voordoen is het advies de in tabel 6 opgenomen farmacotherapie.

Symptoomgerichte medicatie

Symptoomgerichte medicatie kan ingezet worden bij de behandeling van de verschillende symptomen die kunnen optreden bij de onthouding van stimulantia te meer om terugval te voorkomen (zie tabel 6).

- *Opwindingsstoestand of psychose*: olanzapine en haloperidol lijken effectief voor de behandeling van door amfetamine veroorzaakte psychoses.
- Bij een hoge tolerantie voor benzodiazepinen of bij onvoldoende reactie op lorazepam kan de combinatie olanzapine / promethazine als middel van tweede keus worden ingezet.
- *Depressie*: op grond van de huidige studies kan geconcludeerd worden dat het gebruik van antidepressiva bij de behandeling van cocaïne afhankelijkheid geen meerwaarde heeft ten opzichte van placebo. Wel kunnen antidepressiva ingezet worden bij het behandelen van een onderliggende depressie die niet optreedt als gevolg van onthouding. Bij persisterende psychische klachten of symptomen die niet (meer) toegeschreven kunnen worden aan onthouding dient een psychiater geconsulteerd te worden.
- *Craving*: antidepressiva, anticonvulsiva en antipsychotica zijn niet effectief in het verminderen van de craving na onthouding van cocaïne.
- *Benzodiazepines*: in de bestudeerde richtlijnen, reviews en RTC's zijn geen doseringsschema's gevonden. Wel wordt in de richtlijnen die benzodiazepinen als symptomatische medicatie adviseren duidelijk aangegeven dat dit van korte duur moet zijn en bij voorkeur in de vorm van een afbouwschema.

Tabel 6

Geadviseerde medicatie voor symptomen die kunnen ontstaan tijdens stimulantiaonthouding

Symptomen	Medicatie
Slaaproblemen, onrust, angst, prikkelbaarheid	zolpidem, zopiclon, mirtazapine, promethazine, diazepam (niet langer dan 7 dagen)
Maag/darmklachten	mebeverine
Pijnklachten, hoofdpijn	paracetamol, NSAID's
Misselijkheid	promethazine, metoclopramide
Psychose	olanzapine en haloperidol

* Wanneer benzodiazepinen of Z-benzodiazepinen gebruikt worden voor het verminderen van specifieke onthoudingsverschijnselen dan dient dit van korte duur te zijn en in de vorm van een afbouwschema.

Bron: de Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines, 2008 Turning Point en WHO

Doelgroepen

Jongeren, ouderen en vrouwen

Hierover worden in de literatuur geen specifieke aanbevelingen gedaan.

Zwangeren

De uitgangspunten voor een detoxificatie van stimulantia zijn voor zwangere vrouwen hetzelfde als voor niet zwangere vrouwen. Er is op dit moment geen farmacotherapie waarvan de effectiviteit onomstotelijk is aangetoond en de gezondheidsrisico's van een detoxificatie zijn gering.

Gebruik van medicatie tijdens de zwangerschap wordt afgeraden. In het geval van symptoom gerichte medicatie dient er uitgebreide voorlichting plaats te vinden over de voor- en nadelen van de voor te schrijven medicatie.

Inleiding

Chronisch gebruik van cannabis verandert de structuur en functie van neuronen in onder meer de nucleus accumbens. Deze veranderingen zijn mogelijk verantwoordelijk voor de onthoudingsklachten, die optreden na het staken van het cannabisgebruik. De psychoactieve effecten van cannabis treden na inhalatie binnen enkele minuten op en binnen enkele uren als het via de mond is ingenomen. De meeste gebruikers ervaren effecten van cannabis tot vier uur na inname. De meest gerapporteerde effecten zijn een "high" gevoel met een milde euforie, een veranderde tijdsbeleving, anxiolyse en een opgewekte stemming. Sommige gebruikers (vaak personen die voor de eerste keer cannabis gebruiken) rapporteren onaangename gevoelens zoals angst, paniek, paranoia en dysforie. Lichamelijke effecten van gebruik zijn tachycardie, toegenomen eetlust, conjunctivale injectie en xerostomie. Er wordt over een cannabisonthoudingssyndroom gesproken als er drie of meer van de volgende verschijnselen ontstaan: prikkelbaarheid (boosheid of agressie), nervositeit of angst, moeite met slapen, verminderde eetlust of gewichtsverlies, rusteloosheid, sombere stemming en of significant ongemak door minstens één van de volgende lichamelijke klachten: buikpijn, beverigheid/tremoren, transpireren, koorts, koude rillingen of hoofdpijn.

Onthoudingsbeeld

De onthoudingsverschijnselen beginnen meestal binnen twee dagen na het stoppen, hebben hun piek na twee tot zes dagen en verbleken daarna in de volgende twee weken. De verschijnselen zijn onaangenaam, maar niet levensbedreigend.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

Er treden over het algemeen geen medische complicaties op bij onthouding van cannabis en medicatie gericht op het voorkomen van deze complicaties is in het algemeen niet nodig. De onthoudingssymptomen die kunnen optreden na het staken van het cannabisgebruik zijn over het algemeen tijdelijk van aard.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Mate, frequentie en wijze van gebruik, onthouding, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, medische en psychiatrische kenmerken, zwangerschap, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie. Schat zo mogelijk de ernst van de te verwachten onthoudingsklachten in door: een gerichte beoordeling en evaluatie van gebruikskenmerken.

Anamnese middelspecifiek

- Onderliggende psychiatrische aandoeningen, zoals angst- en depressieve stoornissen, kunnen tijdens een detoxificatie zichtbaar worden of verergeren en een psychiatrische screening op comorbide stoornissen wordt daarom aanbevolen.
- Risicotaxatie van gedragsproblemen om een juiste inschatting te maken van de indicatie.

Differentiaal diagnose

- Wees alert op onderliggende psychiatrische aandoeningen, waaronder depressieve stoornis, bipolaire stoornis, angststoornis, slaapproblemen) die tijdens een detoxificatie zichtbaar kunnen worden of verergeren.
- Daarnaast vertonen de klachten die ontstaan na onthouding van cannabis overlap met symptomen bij andere onthoudingssyndromen zoals stimulantia, cannabis, benzodiazepinen, alcohol of cafeïne.

Lichamelijk onderzoek

Een algemeen lichamelijk onderzoek is bij personen die alleen cannabis en geen andere middelen gebruiken in het algemeen niet nodig. Met uitzondering van patiënten met lichamelijke klachten (bijvoorbeeld longproblemen) als gevolg van langdurig cannabisgebruik en patiënten die vanwege lichamelijke aandoeningen (medicinale) cannabis gebruiken.

Onderzoek naar de psychische gesteldheid

Psychiatrische screening op comorbide stoornissen (waaronder angst- en depressieve stoornissen) en psychiatrische behandelgeschiedenis.

Bepaling van de setting

Een intramurale behandeling is in het algemeen niet geïndiceerd op basis van lichamelijke symptomen als gevolg van cannabisonthouding, maar kan geïndiceerd worden op basis van psychosociale factoren en bij twijfel over comorbide psychopathologie.

Intramuraal

- meer dan twee mislukte pogingen die zijn ondernomen om in de eigen omgeving te stoppen met cannabis;
- aanwezigheid van omgevingsfactoren die het ambulantlye stoppen bemoeilijken;
- comorbide psychiatrische problematiek (bijvoorbeeld schizofrenie, bipolaire stoornis, posttraumatische stress stoornis (PTSS) of bij twijfel over onderliggende comorbide psychopathologie. Een periode van gecontroleerde abstinentie in een veilige gestructureerde omgeving waarbij de patiënt goed geobserveerd en gemonitord wordt, kan helpen bij het stellen van een adequate diagnose;
- een voorgeschiedenis van agressie en geweld vooral wanneer deze tijdens eerdere detoxificaties toenamen;
- noodzaak tot bescherming van anderen (bijvoorbeeld kinderen) tijdens de detoxificatie in de omgeving van de patiënt;
- polydruggebruik.

Monitoring

Omdat de symptomen en klachten die optreden bij onthouding van cannabis in de meeste gevallen mild zijn, is er in het algemeen geen onthoudingsschaal nodig voor het managen ervan.

- Wees alert op mogelijke angst- en depressieve gevoelens welke regelmatig voorkomen bij cannabisgebruikers. Monitor de patiënt regelmatig hierop, in eerste instantie op basis van anamnese en observatie. Indien er aanwijzingen van depressieve klachten zijn, kan de Depressie Angst en Stress (DASS) vragenlijst gebruikt worden om de klachten te objectiveren en de Beck Depression Inventory (BDI) op indicatie.
- Wees alert op slaapproblemen, temeer om terugval te voorkomen.

Urineonderzoek

- Verricht bij patiënten waarbij tijdens de detoxificatie vermoedens zijn van gebruik van cannabis urine-onderzoek om te screenen op cannabis in het lichaam. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van de tetrahydrocannabinol (THC) kreatinine-ratio. Deze ratio geeft de verhouding weer tussen de THC-concentratie en de kreatinineconcentratie in de urine.
- Voor berekeningen over eventueel gebruik van cannabis wordt uitgegaan van een halfwaardetijd voor THC van 36 uur. Ongeacht de route van toediening en geslacht. Bijvoorbeeld iemand heeft een THC-kreatinine ratio van 4,2. Zonder gebruik van cannabis tijdens de detoxificatie zou deze waarde na 36 uur moeten zijn gedaald tot ongeveer 2,1; na 72 uur 1,05; na 108 uur 0,525.
- Houd er rekening mee dat wanneer de ratio minder hard daalt dit kan passen bij afbouw na chronisch gebruik.
- Een stijging van de ratio met meer dan 25% past bij gebruik van cannabis.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

De onthoudingssymptomen zijn over het algemeen tijdelijk en niet dusdanig dat medicatie nodig is.

Er is geen duidelijke evidentie voor farmacologische behandeling van cannabisonthouding en er kan daarom geen farmacologische behandeling aanbevolen worden.

Bij een minderheid van de patiënten treden er wel onthoudingsverschijnselen op. Voor deze patiënten wordt een niet verslavende symptomgerichte medicamenteuze behandeling geadviseerd, of een behandeling met benzodiazepinen, of z-benzodiazepinen (ook wel benzodiazepinen verwante slaapmedicatie genaamd), mits dit van korte duur is en de dosis niet te hoog is

Orale THC lijkt potentie te hebben, maar daarvoor is nader onderzoek nodig.

Symptoomgerichte medicatie

Slaapproblemen

Slaapproblemen komen regelmatig voor bij cannabisonthouding.

- Het voorschrijven van benzodiazepinen of Z-benzodiazepinen dient plaats te vinden na zorgvuldige taxatie en monitoring.
- Benzodiazepinen kunnen tijdens de cannabisonthouding helpen om slaap- en angstklachten te verminderen. Het is niet aangetoond dat patiënten dan ook langer in behandeling blijven. Het voorschrijven van deze medicatie moet *van korte duur* zijn, het liefst in een *zo laag mogelijke dosis*.
- Zolpidem (benzodiazepine-achtig hypnoticum) of zopiclon kan worden ingezet in een kortdurende behandeling van ernstige slaapstoornissen die het normale functioneren verstoren of waaronder ernstig geleden wordt. Zolpidem en Zopiclone worden evenals andere slaapmiddelen in verband gebracht met het ontwikkelen van *tolerantie* en het risico op *verslaving*.

Onrust, angstklachten en prikkelbaarheid

Naast slaapproblemen zijn onrust, angst en prikkelbaarheid de meest voorkomende psychische symptomen bij een cannabisonthouding.

Incidenteel in een lage dosis en voor een korte episode kunnen benzodiazepinen geïndiceerd zijn.

Depressieve klachten

Depressieve gevoelens komen regelmatig voor bij cannabisgebruikers. Niet alle antidepressiva, waaronder Mirtazapine, werken tegen stemming gerelateerde onthoudingsverschijnselen zoals angst, prikkelbaarheid en somberheid. Het is mogelijk dat sommige antidepressiva de angst- en slaapproblemen in de eerste stadia van onthouding kunnen versterken.

- Antidepressiva kunnen worden ingezet bij depressie als primaire stoornis, maar hebben geen effect op stemming gerelateerde onthoudingsverschijnselen zoals angst en somberheid.
- Bij de behandeling van de verschillende symptomen die kunnen optreden bij de onthouding van cannabis wordt onderstaande medicatie geadviseerd.

Mogelijke medicatie voor symptomen die kunnen ontstaan tijdens cannabisonthouding

Symptomen	Medicatie
Slaapproblemen	Benzodiazepinen, zolpidem, zopiclon, promethazine,
Onrust, angst, prikkelbaarheid	diazepam. Niet langer dan 7 dagen.
Maagklachten	mebeverine
Pijnklachten, hoofdpijn	paracetamol, NSAID's
Misselijkheid	promethazine, metoclopramide

Bron: de Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines, 2008 Turning Point en WHO, 2009

Doelgroepen

Jongeren 12-23 jaar

Onthoudingsklachten komen regelmatig voor bij jongeren die zich melden voor behandeling. Deze klachten zijn in het algemeen gering en behoeven meestal geen opname (alleen bij bijkomende psychische problemen).

Zwangeren

Cannabis passeert gemakkelijk de placenta en kan daardoor schadelijke effecten hebben op de foetus. Cannabis wordt geassocieerd met foetale groeivertraging en vroeggeboorte. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat cannabisgebruik gedurende de zwangerschap neurologische ontwikkelingsstoornissen of klachten, bijvoorbeeld in de vorm van hyperactiviteit, kan veroorzaken bij het kind.

- Zwangeren worden dringend geadviseerd hun cannabisgebruik te staken.
- De uitgangspunten voor detoxificatie van cannabis zijn voor zwangere hetzelfde als voor niet zwangere vrouwen.
- De detoxificatie kan in elk trimester van de zwangerschap gebeuren.
- Houd er rekening mee dat cannabisgebruik tijdens de zwangerschap gepaard kan gaan met polymiddelengebruik/afhankelijkheid.
- Omdat er op dit moment geen farmacotherapie is waarvan de effectiviteit onomstotelijk is aangetoond en de gezondheidsrisico's van een detoxificatie gering zijn, wordt gebruik van medicatie tijdens de zwangerschap afgeraden.

Inleiding

De meerderheid van de tabaksgebruikers krijgt nicotine binnen door het roken van sigaretten, gevolgd door shag, sigaren en pijp. Een sigaret bevat acht tot negen milligram nicotine. Rokers kunnen door de manier van inhalatie de hoeveelheid tabaksrook zo 'titreren' dat ze gemiddeld per sigaret zo'n één tot drie milligram nicotine binnen krijgen. De geïnhalerde nicotine wordt direct geabsorbeerd in het pulmonale vaatbed en vervolgens getransporteerd naar het brein. Hier passeert het gemakkelijk de bloedhersenbarrière, waarna het zijn neurobiologische effect kan hebben in de hersenen. De tijd tussen inhalatie van nicotine en het bereiken van de hersenen is gemiddeld circa zeven tot tien seconden. Deze korte tijd tussen absorptie, distributie, en het aangrijpen op de receptoren in het brein is mede verantwoordelijk voor de zeer verslavende werking van tabaksrook. Rookloze tabak is tabak die niet verbrand wordt. Hierbij komen er dus geen verbrandingsproducten vrij. Pruimtabak, snuiftabak (snuf) of snus zijn vormen hiervan. Snus is een vochtige poedertabak die onder de bovenlip geplaatst wordt. Snus is illegaal in de Europese Unie, behalve in Zweden. Het gebruik van rookloze tabak gaat gepaard met minder gezondheidsrisico's dan het roken van tabak. Het geeft, echter wel een verhoogde kans op pancreas- en mondbodemkanker.

Onthoudingsbeeld

Het tabaksonthoudingssyndroom treedt meestal pas op als er voor het stoppen sprake was van dagelijks tabaksgebruik gedurende minimaal enkele weken, hoewel dit ook bij niet-dagelijkse rokers kan voorkomen. Niet iedere chronisch gebruiker van tabak ervaart klachten bij het staken ervan.

Na circa twee tot drie dagen abstinentie zijn de klachten zonder ondersteuning van nicotine vervangende medicatie meestal het hevigst. De onthoudingssymptomen verdwijnen meestal na twee tot drie weken en na een maand zijn de patiënten klachtenvrij, hoewel toename in eetlust ook na die tijd nog verhoogd aanwezig kunnen zijn. Ook craving, niet onderdeel van het tabaksonthoudingssyndroom kan nog lang blijven bestaan.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

Het onthoudingsbeeld is over het algemeen niet ernstig en een gecompliceerd beloop treedt niet vaak op. Complicaties zijn vaak gerelateerd aan comorbide problematiek en medicatiegebruik.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Duur in pakjaren, mate, frequentie en wijze van gebruik, onthouding, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, medische en psychiatrische kenmerken, zwangerschap, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie. Schat zo mogelijk de ernst van de te verwachten onthoudingsklachten in door: een gerichte beoordeling en evaluatie van gebruikskenmerken.

Anamnese middelspecifiek

- Vraag bij de patiënt of en welke medicatie hij gebruikt. Stoppen met roken kan gevolgen hebben voor de metabolisatie en dus de werking van bepaalde medicatie. Dit is een

belangrijk punt van aandacht tijdens de stoppen-met-roken behandeling om complicaties te voorkomen.

- Bepaal in het kader van ondersteuning van de behandeling - en niet van sancties – of iemand nog gerookt heeft. Doe dit door het meten van cotinine of CO.
- Kijk naar eventuele contra-indicaties voor medicatiegebruik. Zo worden nicotinepleisters bij voorkeur niet geplakt op beschadigde huid. Nicotinezuigtabletten kunnen bij afters helpend zijn.

Differentiaal diagnose

- Het is van belang na te gaan of er – naast tabaksgebruik- sprake is van een stoornis in het gebruik van andere middelen, zoals alcohol of cannabis, hypnotica, cafeïne of opioïden.
- Wees er op alert dat tabaksonthoudingssymptomen andere aanwezige psychiatrische stoornissen kunnen maskeren. De symptomen van tabaksonthouding kunnen lijken op klachten van stemmingsstoornissen en slaapstoornissen.
- Tevens kunnen tabaksonthoudingssymptomen passend zijn bij een onthouding/intoxicatie van een andere psychoactieve stof.
- Differentiatie tussen klachten passend bij het tabaksonthoudingssyndroom of anderszins kan door voorschrijf van nicotine vervangende medicatie worden onderscheiden behalve op de MAO-remmende werking van harman en norharman in tabak.

Lichamelijk onderzoek

- Onderzoek de patiënt op risicofactoren van hart- en vaatziekten, familieanamnese, BMI, bloeddruk, cholesterolstatus.
- Een indicatie voor longfunctieonderzoek wordt niet alleen door de leeftijd (boven de 40) en de huidige rookstatus, maar het volledige klinische beeld (dyspnoe, aanhoudende hoestklachten, vermoeidheid, et cetera) blijft daarin leidend.

Onderzoek naar de psychische gesteldheid

Screen voorafgaand aan het stoppen met roken het psychiatrische toestandbeeld bij de patiënt. Stoppen met roken kan het psychiatrische toestandbeeld verslechteren en kan invloed hebben op de werking van voorgeschreven psychofarmaca. Screening kan door het uitvragen van stemming, angstklachten en psychotische verschijnselen. Hiervoor kan ook de SCID-1 worden gebruikt.

Bepaling van de setting

- Aangezien onthoudingsklachten bij tabaksdetoxicatie lang kunnen duren en er nageenog geen somatische complicaties optreden heeft een **ambulante setting** de voorkeur. Het is van belang dat de leefomgeving zo rookvrij mogelijk wordt gemaakt.
- Een **intramuraal behandeling** is in het algemeen niet geïndiceerd, maar kan overwogen worden indien meerdere stoppogingen zijn mislukt met minder intensievere therapie. Vaak is er dan sprake van bijkomende ernstige psychiatrische, psychosociale en of lichamelijke comorbiditeit.

Monitoring

- Gebruik voor het meten van onthoudingsverschijnselen de Minnesota Withdrawal Scale – Revised (MNWS-R). Dit is een beknopte schaal die in het Nederlands vertaald is.
- Gebruik de MNWS tevens om in te schatten of (een hogere dosering van) ondersteunende medicatie geïndiceerd is.
- Voor het meten van trek (craving) is het advies gebruik te maken van een numeric rating scale (nul tot tien schaal). Gebruik de schaal in de eerste twee weken dagelijks en vervolgens wekelijks omdat craving lang kan blijven voortduren.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

- Patiënten kunnen zelf aangeven wat zij prefereren: abrupt stoppen of geleidelijk afbouwen.
- Houd bij de keus voor de medicamenteuze behandeling rekening met eventuele contra-indicaties voor de medicatie.
- De eerste keus medicatie is nicotine vervangende medicatie vanwege relatief beperkte bijwerkingen.
- Indien nicotine vervangende medicatie onvoldoende werking heeft kan varenicline of bupropion voorgeschreven worden.
- Indien de patiënt het middel varenicline gebruikt is het belangrijk om bij bestaande comorbiditeit als neuropsychiatrische klachten, zoals depressiviteit en suïcidaliteit of schizofrenie, als ook bij ernstige cardiovasculaire bijwerkingen, extra goed te monitoren, zeker bij het gebruik van andere medicatie.
- Bepaal bij het stoppen-met-roken bij gebruik van theofylline, clozapine en olanzapine de bloedspiegel van deze medicamenten en verlaag zo nodig de dosering vanwege de smalle therapeutische breedte van deze medicatie. Dit kan tot maanden na het stoppen met roken nodig zijn.
- Houd bij het stoppen met roken rekening met mogelijke effecten op de werking van medicatie. Overleg hierover met een verslavingsarts, psychiater of internist.
- Overleg bij gebruik van psychofarmaca met de voorschrijvend verslavingsarts of psychiater, omdat de benodigde dosering van de psychofarmaca kan veranderen nadat het roken gestaakt is. Roken kan bijvoorbeeld de metabolisatie van diazepam drievoudig versnellen, waardoor de dosering verlaagd moet worden na het stoppen met roken.

Medicatie die gemetaboliseerd wordt via CYP1A2

- Houd bij het stoppen met roken (abrupt of geleidelijk) altijd rekening met somatische, psychische comorbiditeit, andere verslavingen en medicatie. Carcinogene polycyclische aromatische koolwaterstoffen (PAK) uit tabaksrook vertonen interacties met meerdere soorten medicatie. Deze PAK versterken de werking van het leverenzym CYP1A2, onderdeel van het cytochroom P450 enzymstelsel, dat verantwoordelijk is voor de metabolisatie van veel geneesmiddelen.
- Houd er rekening mee dat rokers hogere doseringen van deze medicatie nodig hebben. Als een roker stopt met roken dan zal de dosering van deze geneesmiddelen mogelijk moeten worden aangepast.

Doelgroepen

Jongeren 12-23 jaar

Jongeren kunnen op dezelfde wijze worden behandeld als patiënten ouder dan 23 jaar.

Zwangeren

- Bespreek met de patiënt dat het stoppen met roken een significant effect heeft op het verhogen van het geboortegewicht en het verlagen van incidentie vroeggeboorte.
- Indien tijdens de zwangerschap het stoppen met roken niet lukt is minderen in gebruik met betrekking tot het geboortegewicht beter dan door blijven roken op het huidige niveau.
- Bij lacterende vrouwen wordt nicotine vervangende medicatie (NVM) aanbevolen om de negatieve invloed van tabaksrook op de baby en de omgeving te voorkomen. Nicotine heeft een negatieve invloed op de melkproductie en NVM heeft hierin geen normaliserend effect.
- Gebruik tijdens de lactatie geen varenicline of bupropion, omdat dit wordt overgedragen via de moedermelk.

Patiënten met Diabetes Mellitus

Houd er rekening mee dat bij Diabetes Mellitus patiënten –na het stoppen met roken – vaak de dosering bloedglucose verlagende medicatie kan worden verlaagd. De metabole activiteit van CYP1A2 wordt verlaagd en er treedt dan een veranderde insulinerespons op.

Colitis Ulcerosa

Houd er rekening mee dat het stoppen met nicotine een exacerbatie kan uitlokken. Dit weegt echter niet op tegen de voordelen van stoppen met roken op lange termijn.

Schizofrenie

- Houd er rekening mee dat de metabolisatie van antipsychotica wordt verhoogd door polyaromatische koolwaterstoffen in tabaksrook. Bij het stoppen met roken kan het nuttig zijn om concentratiebepalingen te doen.
- Houd er rekening mee dat patiënten met schizofrenie los van het bijwerkingenprofiel van antipsychotica, een hogere kans hebben op het ontwikkelen van het metaboolsyndroom.
- Zet bij patiënten met comorbide schizofrenie bupropion in als eerste keus middel in de stoppen met roken behandeling.

Patiënten met een uni- of bipolaire stemmingsstoornis

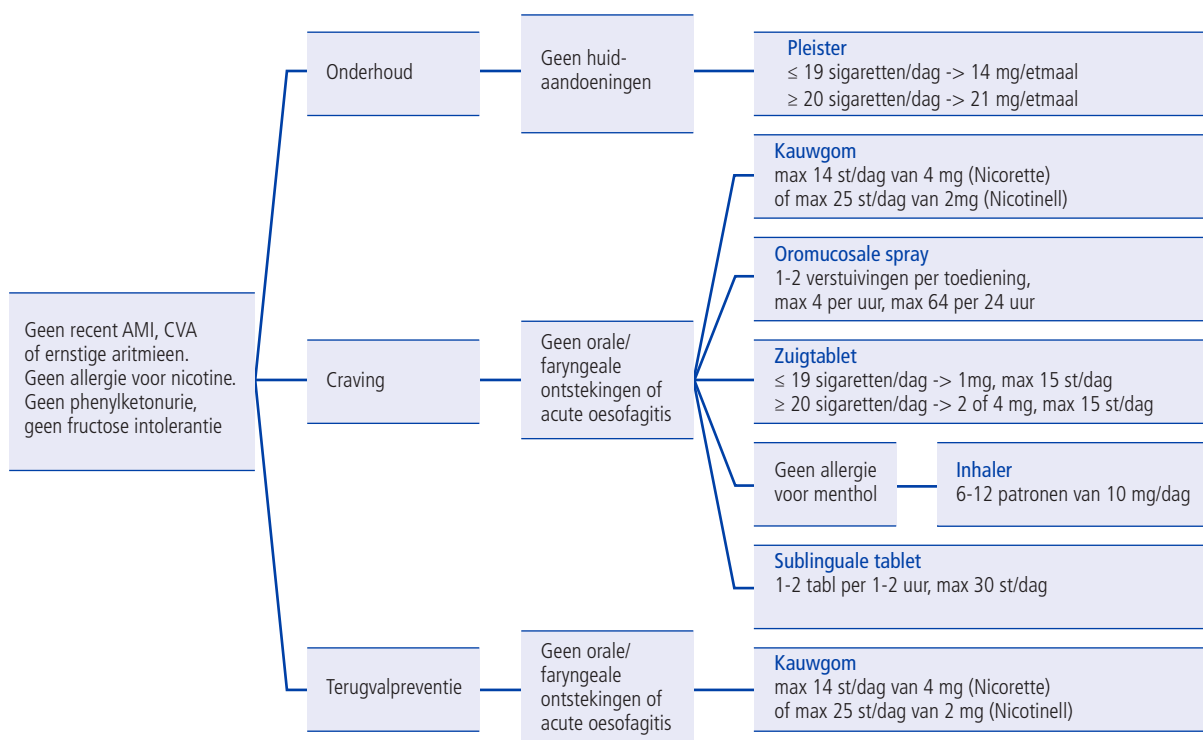
- Houd er rekening mee dat bij het stoppen met roken de metabolisatie van antidepressiva wordt verhoogd door polyaromatische koolwaterstoffen in tabaksrook. Maak een inschatting of het nuttig is om concentratiebepalingen te doen.
- Indien ondersteunende medicatie gewenst is bij een patiënt met een stemmingsstoornis, kan varenicline ingezet worden.

Patiënten met een comorbide verslavingsprobleem

Van de groep patiënten met een comorbide verslavingsprobleem rookt 65-90%.
 Motiveer deze groep patiënten tot een stoppen-met-roken behandeling.

Stroomdiagram

Gebruik nicotine vervangende medicatie



Inleiding

Ketamine is een dissociatief anestheticum en geeft analgesie, amnesie en sedatie zonder dat het de ademhaling onderdrukt. De afbraak van ketamine verloopt hoofdzakelijk via het enzym CYP3A4, maar ook via CYP2B6 en CYP2C9. Ketamine werkt door blokkering van de N-methyl-D-aspartate receptor (NMDA). Verder is het mogelijk dat het de noradrenaline, dopamine en serotoninespiegels in het brein doet stijgen. Er zijn aanwijzingen dat de glutaamaatspiegel in de frontaalkwab stijgt.

In het uitgaansleven wordt ketamine misbruikt als partydrug en soms gebruikt als date-rape drug. Het heeft een bewustzijnsveranderende, hallucinerende werking en wordt ook wel een 'dissociatief tripmiddel' genoemd. Gebruikers ervaren hallucinaties, derealisaties en depersonalisaties en de perceptie van lichaam en omgevings (geluiden/kleuren) veranderen. Bij hogere doseringen raakt de gebruiker in een ketamineroes, waarbij uitgesproken depersonalisatie optreedt met 'out of the body' ervaring en verlies van perceptie van ruimte en tijd. De recreatieve gebruiker kan ongewenste effecten ervaren van angst, verminderd geheugen, slechte aandacht, onduidelijke spraak, emotionele terugtrekking, paranoia en ongewone gedachten. Pijn op de borst, hartkloppingen, tachycardie, tijdelijke verlamming en wazig zien zijn ook bekend bij recreatief gebruik van ketamine. Een eenmalige dosering verslechtert al het werkgeheugen en episodisch geheugen.

Ketamine wordt in Nederland meestal gesnoven. De effecten na snuiven zijn binnen enkele minuten tot een kwartier voelbaar en houden ongeveer een uur aan. Recreatief gebruik van ketamine is vaak onderdeel van polydruggebruik en ketamine wordt vaak samen met andere club drugs, alcohol en / of stimulerende middelen gebruikt. Overlijden aan ketamine-intoxicatie is zeldzaam, al zorgen de ontremming en veranderde zintuigelijke waarnemingen voor omgevingsrisico's. Deze omgevingsrisico's zorgen dat chronisch gebruik van ketamine bijdraagt aan voortijdig overlijden. Fysiologische afhankelijkheid is niet aangetoond, maar veel gebruikers lukt het niet om te stoppen met gebruik en zij maken zich zorgen over het verslavend effect van de stof. Verslaving aan ketamine is vooral psychologisch van aard met de aanwezigheid van tolerantie en sterke craving.

Intoxicatie

Een acute intoxicatie met ketamine uit zich in delier, amnesie, verslechtering van het geheugen, hyperthermie, verminderde motore functies, tachycardie en hypertensie en een verhoogde cardiale output en spiertonus.

Onthoudingsbeeld

Er is tot heden geen specifiek onthoudingssyndroom beschreven dat zich voordoet na het staken van het ketaminegebruik.

Gecompliceerd onthoudingssyndroom

Het onthoudingsbeeld is over het algemeen niet ernstig en een gecompliceerd beloop treedt niet vaak op. Complicaties zijn vaak gerelateerd aan comorbide problematiek en medicatiegebruik.

Houd er wel rekening mee dat er tijdens en na staken van langdurig ketaminegebruik gastro-intestinale en urinewegproblemen kunnen ontstaan. Het werkingsmechanisme hiervan is onbekend.

Indicatiestelling

Anamnese standaard

Duur, mate, frequentie en wijze van gebruik, onthouding, verloop van eventuele eerdere detoxificaties, medische voorgeschiedenis, somatische en psychiatrische kenmerken, zwangerschap, gebruik/misbruik van andere middelen en medicatie. Schat zo mogelijk de ernst van de te verwachten onthoudingsklachten in door: een gerichte beoordeling en evaluatie van gebruikskenmerken.

Anamnese middelspecifiek

Tijdens en na staken van langdurig ketaminegebruik kunnen gastro-intestinale en urinewegproblemen ontstaan. Het werkingsmechanisme hiervan is onbekend. Vraag de patiënt gericht naar de aanwezigheid van mogelijke somatische problemen, waaronder met name problemen met de blaas, nier en galwegen. Wanneer deze klachten persisteren is verwijzing naar een specialist geïndiceerd.

Ketamine-intoxicatie

Een acute intoxicatie met ketamine uit zich in delier, amnesie, verslechtering van het geheugen, hyperthermie, verminderde motore functies, tachycardie en hypertensie en een verhoogde cardiale output en spiertonus.

- Behandel de patiënt ondersteunend door hem niet bloot te stellen aan overmatige auditieve en visuele stimulatie totdat de symptomen afnemen.
- Geef in geval van ernstige symptomen (met name agitatie / agressie) benzodiazepinen van korte duur.

Differentiaal diagnose

- Het is van belang na te gaan of er – naast ketaminegebruik – sprake is van een stoornis in het gebruik van andere middelen, zoals alcohol of cannabis, hypnotica, cafeïne of opioïden.
- Bepaal of er sprake is van een intoxicatie door andere middelen als het gaat om het acute beeld.

Lichamelijk onderzoek

- Verricht een lichamelijk onderzoek bij aanwezigheid van klachten.
- Verricht op indicatie een bloed- en urineonderzoek om afwijkingen in nier-, lever- en/of blaasfuncties op te sporen.

Onderzoek naar de psychische gesteldheid

Onderzoek bij de patiënt of er sprake is van angst, dysforie en tremoren, welke mogelijk kunnen optreden door het stoppen met ketaminegebruik.

Bepaling van de setting

Detoxificatie van ketamine vindt over het algemeen ambulant plaats.

Monitoring

Monitoring van onthoudingsverschijnselen speelt geen rol in de behandeling van het onthoudingssyndroom.

Farmacotherapie bij onthoudingsverschijnselen

Farmacotherapie speelt geen rol in de behandeling van het onthoudingssyndroom. Bij ernstige onrust, al dan niet veroorzaakt door de onthouding, kunnen lage dosis diazepam in afbouw gegeven worden.

3 MONITORING: DE ROM-D

Maureen van Oort, Boukje Dijkstra

81

Detoxificatie is een fase in het behandelingsproces. In deze fase wordt het biologisch evenwicht hersteld en kan een vervolgbehandeling voorbereid worden, die het beste aansluit bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Om het verloop van de detoxificatie goed te kunnen monitoren is het van belang een uitgangssituatie te verkrijgen van de somatische en psychische situatie van de patiënt. Vragenlijsten spelen een belangrijke rol bij het objectiveren van lichamelijke en mentale klachten en het communiceren van deze klachten met patiënten en andere disciplines. Zij vormen in de dagelijkse monitoring van de toestand en het welbevinden van de patiënt een belangrijke bron van informatie voor de arts en verpleegkundig(e) (specialist). Zij geven een beeld van het verloop van het detoxificatieproces en kunnen aanleiding zijn voor het aanpassen van het beleid of een afspraak tussen de patiënt en de arts of verpleegkundig(e) (specialist). Per psychoactieve stof worden andere monitoringlijsten afgenomen. De periode waarin lijsten worden afgenomen hangt af van het betrokken middel, de duur van de detoxificatie en de setting waarin de patiënt de detoxificatiebehandeling ondergaat (zie verder hoofdstuk psychoactieve middelen). De werkgroep geeft aan dat voor, tijdens en na detoxificatie vooral aandacht besteed moet worden aan onthoudingsymptomen, angst- en slaapproblemen en eventuele slechte voedingstoestand. In de overdracht voor verdere behandeling moeten deze problemen meegenomen worden.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de vragenlijsten die afgenomen kunnen worden, Routine Outcome Monitoring voor Detoxificatie (ROM-D). Hierin wordt de frequentie van de vragenlijsten per middel gespecificeerd. Daarna volgt een uitleg van de vragenlijsten.

Afnamefrequentie vragenlijsten tijdens detoxificatie

Onderstaande overzichten geven op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen weer welke meetinstrumenten gebruikt kunnen worden bij het monitoren van onthoudingsverschijnselen gespecificeerd naar middel. Voor sommige middelen zijn middelspecifieke vragenlijsten beschikbaar. Bij polydruggebruik kunnen de SOS en OOS ingezet worden. Voor stimulantia hoeven er geen monitoringlijsten worden afgenomen, daar de onthoudingsklachten per moment nogal kunnen wisselen. De opgegeven frequentie van afname betreft een minimum adviesfrequentie en kan aangepast worden op basis van actuele onthoudingsymptomen en bij wijziging van dosering of beleid. Bij voorkeur worden vragenlijsten op hetzelfde moment afgenomen (rekening houdend met tijden van inname medicatie).

Alcohol

Alcohol		Dag 1	Dag 2	Dag 3	Dag 4	Dag 5	Dag 6	Dag 7
CIWA-Ar*	Fixed dose	1x	1x	1x		1x		1x
	Symptom triggered: op basis van symptomen	2x	2x	2x		1x		1x
BAC (Bloed Alcohol Curve)		**						

- * Neem deze lijst 2 keer per dag gedurende de eerste 3 dagen op vaste tijdstippen (bijvoorbeeld na de maaltijd 's ochtends en 's avonds) af. Zo nodig de afname van de CIWA na dag zeven vervolgend totdat de onthouding verminderd.
- ** Bepaal de BAC waarde regelmatig totdat normale waarden zijn bereikt. Een BAC-waarde < 0,5 is als laag gedefinieerd.

Opioiden

Opioiden	Indicatie	Dag														
	Gesprek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	..
SOS	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
OOS	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
OF: COWS	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	

- * Het verloop van de klachten dient dagelijks op gestructureerde wijze te worden gevolgd.
- ** De COWS of SOS kunnen meerdere keren per dag worden afgenomen als dat wenselijk is, maar eenmaal daags wordt geadviseerd bij voorkeur op hetzelfde moment van de dag (rekening houdend met de tijden van inname van de medicatie). Daarnaast is het van belang de lijst af te nemen wanneer de patiënt klachten aangeeft bij wijzingen van doseringen of beleid.

Benzodiazepinen

Benzodiazepinen	Indicatie	Week													
	Gesprek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	..	
BWSQ	Ambulant	1x	1x		1x		1x		1x		1x		1x		1x
	Intramuraal	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x

Het advies is om deze lijst ambulant elke twee weken en klinisch wekelijks af te nemen. De uitkomst kan gebruikt worden ter vergelijking met de bevindingen van de patiënt.

GHB

GHB		Indicatie	Week												
		Gesprek	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	..
SOS	Ambulant	1x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x
	Intramuraal	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
OOS	Ambulant	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Intramuraal	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
VAS craving	Ambulant/ Intramuraal	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
CIWA-Ar***	Intramuraal	Gebruik de CIWA-Ar bij verwachting van een delirium of psychose.													

- * Intramuraal: Titratiefase: SOS en OOS meerdere keren per dag met een minimum van drie keer per dag. Bij voorkeur 30 minuten vóór en 30 minuten ná toediening van de GHB. Detoxificatiefase: vanaf start detoxificatie SOS en OOS alleen 30 minuten vóór toediening van medicatie. 's Nachts bij de gift van 23.00 uur / 2.00 uur / 5.00 uur hoeft de SOS niet ingevuld te worden, de OOS wordt op indicatie ingevuld. Ambulant: OOS tijdens elk consult.
- ** De VAS craving wordt eenmaal per dag afgenomen (na de 2de GHB doses).
- *** Gebruik de CIWA-Ar bij verwachting van een delirium of psychose.

Stimulantia

Het regelmatig monitoren van de onthoudingsverschijnselen is van belang tijdens de onthouding om onthoudingsverschijnselen in beeld te brengen. De frequentie is afhankelijk van de ernst van de verschijnselen. Monitoring kan op basis van anamneses en lichamelijk onderzoek. Onthoudingsschalen worden niet routinematig gebruikt in de klinische praktijk en lijken in het algemeen ook geen meerwaarde te hebben bij detoxificatie van stimulantia.

Cannabis

Omdat de symptomen en klachten die optreden bij onthouding van cannabis in de meeste gevallen mild zijn, is er in het algemeen geen onthoudingsschaal nodig voor het managen ervan. Het is belangrijk alert te zijn op mogelijke angst- en depressieve gevoelens welke regelmatig voorkomen bij cannabisgebruikers. Monitor de patiënt regelmatig hierop, in eerste instantie op basis van anamneses en observatie. Indien er symptomen van depressieve gevoelens aanwezig zijn, kan de Depressie Angst en Stress vragenlijst (DASS) om de klachten te specificeren en objectiveren en de Beck Depression Inventory op indicatie (BDI).

Cannabis		Bij	Week														
		Indicatie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	..
DASS		*	*														
BDI		*	*														

- * Bij symptomen van depressieve gevoelens DASS afnemen om de klachten te specificeren en objectiveren; BDI als er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een depressie.

Tabak

De Minnesota Withdrawal Scale- Revised (MNWS-R) wordt niet alleen gebruikt om in te schatten of (een hogere dosering van) medicatie geïndiceerd is, maar ook om de detoxificatieklachten voor de patiënt en de behandelaars duidelijk te maken.

Tabak															
	Bij Indicatie	Dagen													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
MNWS-R	*	*	*	*	*	*	*	*	*						
VAS craving**	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x

* Op basis van klinisch inzicht. Aangezien de eerste week van de detoxificatie het heftigst is voor de meeste patiënten, hoeft deze lijst niet langer dan een week gebruikt te worden.

** In de eerste twee weken dagelijks en vervolgens wekelijks omdat craving lang kan voortduren.

Polydruggebruik

Polydruggebruik															
	Indicatie Gesprek	Dag													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	..	
SOS	Ambulant	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Intramuraal	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
OOS	Ambulant	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Intramuraal	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x
VAS craving	Ambulant	1x	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Intramuraal	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x

* Ambulant: tijdens elk consult

Instructies vragenlijsten

Hieronder volgt een toelichting van de vragenlijsten in alfabetische volgorde. De meeste vragenlijsten zijn als bijlage toegevoegd. De BWSQ en PSQI zijn via internet te vinden. De BDI is alleen beschikbaar via de uitgever.

Beck Depression Inventory (BDI)

De BDI (Beck, e.a., 1979) meet de ernst van de symptomen van depressie. De lijst bestaat uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan (1 t/m 21). Vraag de patiënt iedere groep aandachtig door te lezen en bij elke groep die uitspraak te kiezen die het best weergeeft hoe hij zich de afgelopen week, met vandaag erbij gevoeld heeft. Vraag de patiënt het cijfer dat vóór de door hem gekozen uitspraak staat, in het daartoe bestemde scorevakje (achter de uitspraken) te kleuren. Als in een groep meerdere uitspraken even goed op hem van toepassing lijken, moet het hoogste cijfer van elke van deze uitspraken gekozen worden en genoteerd in het scorevakje.

Scoring

Tel aan het einde van elke pagina de score op. Deze scores vormen tezamen de eindscore.

Scores van de vragenlijst

- Score tussen 0 en 13 = minimale symptomen
- Score tussen 14 en 19 = lichte symptomen
- Score tussen 20 en 28 = matige symptomen
- Score tussen 29 en 63 = ernstige symptomen
- Wanneer BDI onder de 10 blijft is men klachtenvrij.

Frequentie van afname

Indien anamnesticch blijkt dat de patiënt lijdt aan depressieve gevoelens is de BDI geïndiceerd.

Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ)

De Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) is een geschikt instrument om aanvullend het beloop van de detoxificatie te monitoren. De Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) is een vragenlijst waarmee de patiënt voorafgaand aan het consult de ervaren onthoudingsverschijnselen in kaart kan brengen (BWSQ Tyrer e.a., 1990). Nieuwe symptomen kunnen onderaan de vragenlijst worden beschreven.

Scoring van het meetinstrument

Een score van minder dan 8 op de BWSQ aan het einde en na afloop van een detoxificatie is voorspellend voor langdurige abstinentie. De maximale score is 40, of er moeten andere aanvullende symptomen benoemd worden. Noteer ook wanneer de symptomen zich voordeden nadat medicatie is gestopt of gereduceerd.

Bloed Alcohol Concentratie (BAC) lijst

Voer een ademanalyse uit om een goede inschatting te maken van intoxicatie en de tolerantie vast te stellen. Hiermee kan de bloed alcohol concentratie (BAC) bij benadering worden gemeten. Dit geeft een beeld van de hoeveelheid gebruikte alcohol en de leverfunctie van de patiënt. Deze informatie samen met de observatiegegevens vormen een leidraad voor het medisch handelen en het medicatiebeleid. De maximale waarde en het dalingsverloop van de BAC-waarde in de eerste uren van de opname, zijn naast het klinische beeld belangrijke instrumenten bij het medisch beleid en specifiek in medicamenteuze ondersteuning van de detoxificatie.

Referentielijst promillage opbouw BAC

Promille	Verschijnselen
0,2	Begin verandering stemming, gedrag, ontspanning, relativering
0,3 - 0,5	Vermindering coördinatie en reflexen
0,5	Legale grens voor deelname aan het verkeer
1	Waggelen, grens van het sociaal toelaatbare, disartrie, agressie
2	Overgeven, ataxie, dubbelzien, black-outs
3	Verlies van spraak, ongevoelig voor pijn, ademhalingsdepressie
3,5 - 4	Respiratoire insufficiëntie
5	LD-50 dosis (bij 50% lethaal), hartstilstand

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised (CIWA-Ar)

De CIWA-Ar kan ingezet worden om farmacotherapie mee in te stellen. Het gebruik ervan is tijdsintensief en vraagt goede scholing / ervaring van de afnemers. De CIWA-Ar schaal is het meest sensitive instrument voor assessment van de patiëntervaringen in relatie tot alcoholonthouding. Deze lijst (Casselmann, 1993) is bedoeld om tijdens de detoxificatieperiode verschillende keren af te nemen (afnametijd +/- 4 minuten). Dit gebeurt meestal door verpleegkundigen. De CIWA-Ar laat toe 10 voor alcoholonthouding relevante symptoomgroepen te volgen en het medicatiebeleid hierop af te stemmen. Patiënten met een score lager dan 8 hebben meestal geen farmacologische ondersteuning bij de detoxificatie (meer) nodig. De Nederlandse vertaling is niet psychometrisch onderzocht.

Scoring van het meetinstrument

Bevraag en scoor alle 10 de criteria van de CIWA-schaal. Ieder criterium is gerangschikt op een schaal van 0- 7, behalve de schaal "Oriëntatie en bewustzijn" welke is gerangschikt op een schaal van 0-4. Tel de score op van alle 10 de criteria. Dit is de totale CIWA-Ar score voor de patiënt op dat moment. Profylactische medicatie moet gestart worden voor iedere patiënt met een totale CIWA-Ar score van 8 of hoger. Indien er gestart wordt met vast doseringsschema, zou additioneel symptoomgericht medicatie gegeven kunnen worden bij een totale CIWA-Ar score van 15 of hoger. Documenteer de vitale functies en CIWA-Ar totaal score onderaan de vragenlijst. Documenteer de medicatie die zo nodig kan worden ingenomen eveneens onderaan de vragenlijst. Assessment door de verpleegkundige is zeer belangrijk.

Totaal score CIWA-Ar	Monitoring	Behandeling
Mild (≤ 15)	Beoordelen symptomen met CIWA-Ar-schaal om de 6 uur	Ondersteunende zorg is voldoende als patiënt een CIWA-Ar-score ≤ 8 en geen hallucinaties of desoriëntatie optreden. Benzodiazepine therapie kan worden ingezet als score is > 8 .
Matig (16-20)	Beoordelen van symptomen door middel van de CIWA-Ar- schaal. Tevens moet 1 uur na elke benzodiazepine-dosis ook de CIWA-Ar worden afgenomen. Als de score < 10 is, dan opnieuw om de 4 uur	Thiamine, ondersteunende zorg en benzodiazepinetherapie. Benzodiazepinedosis per uur, tot 3 doses tot CIWA-Ar-score is < 10 . Indien geen verbetering, opnieuw diagnose en benzodiazepine-dosis. Blijf letten op ademhalingsfrequentie!
Zwaar (> 20)	Zelfde als matig	Zelfde als matig
Maximale score= 67		

Depressie Angst Stress (DASS) vragenlijst

De Depressie Angst Stress-vragenlijst is een 21-item tellende zelfrapportage lijst die ontwikkeld is om de mate van psychiatrische symptomen te meten. Het gaat om de presentie van de individuele scores die zich gedurende de afgelopen week presenteerden.

Scoring van het meetinstrument

Ieder item wordt gescoord van 0 (is niet van toepassing gedurende de afgelopen week) tot 3 (is zeer zeker of meestal van toepassing gedurende de afgelopen week). De DASS-21 bevat drie schalen met 7 items, betreffende depressie, angst en stress (Lovibond, 1995). Een vragenlijst voor het weergeven van negatieve emoties met als doel drie symptoomgroepen te onderscheiden namelijk: Angst, Depressie en Stress. Op basis van de oorspronkelijk schaal van 42 items, de DASS-42, is een verkorte versie samengesteld, de DASS-21-R.

Scoring

	Depressie	Angst	Stress
Normaal	0-4	0-3	0-7
Mild	5-6	4-5	8-9
Matig	7-10	6-7	10-12
Ernstig	11-13	8-9	13-16
Extreem ernstig	14<	10<	17<

Minnesota Withdrawal Scale- Revised (MNWS-R) / Minnesota gedragsbeoordelingslijst

De Minnesota Withdrawal Scale - Revised (MNWS-R) is een vijf-punt-schaal die de huidige symptomen van tabaksonthouding inclusief onbedwingbare trek en prikkelbaarheid beoordeelt. De vragenlijst zelf wordt niet als onthoudingsschaal gepresenteerd, maar als gedragsbeoordelingslijst, omdat verwacht wordt dat participanten wellicht alleen symptomen rapporteren als zij zelf denken dat het onthoudingsgerelateerd is. Ook kan de vragenlijst afgenomen worden voordat gestopt wordt met roken en dan is het voor participanten verwarrend dat er gevraagd wordt naar onthoudingssymptomen. De Nederlandse vertaling is gebaseerd op de Nederlandse vertaling die door Hughes is aangeleverd (d.d. 2004) en de Nederlandse vertaling door van de Graaf en Dijkstra volgens de vertaal en terugvertaal-systematiek.

Scoring van het meetinstrument

De zelfrapportageschaal bestaat uit negen items die goed gevalideerd zijn en die gebruikt worden voor de totale score. De overige zes items zijn veelbelovende kandidaten. De items worden gescoord op een 5-puntschaal van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel erg) over de afgelopen 24 uur tot de afgelopen week (zelf te bepalen).

Pittsburgh sleep quality index (PSQI)

Dit meetinstrument meet de slaapgewoonten van de patiënt, zoals het tijdstip waarop de patiënt gewoonlijk gaat slapen en het tijdstip van opstaan. Daarnaast meet het instrument de kwaliteit van de slaap op basis van een 4-puntschaal, betrekking hebbend op de afgelopen maand.

Scoring van het meetinstrument

Het scoren van de PSQI is niet heel eenvoudig. De PSQI score is in 7 componenten verdeeld. Elke component wordt gescoord van 0 (geen probleem) tot 3 (groot probleem). De scores per component worden opgeteld om een totaalscore te maken (van 0-21). Hogere scores houden een steeds slechtere slaapkwaliteit in. Component 1 bestaat uit vraag 9 (subjectieve slaapkwaliteit), component 2 (latentietijd tot slaap) bestaat uit vraag 2 en 5a (score: 0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3), component 3 (slaapduur) bestaat uit vraag 4, component 4 (hoeveelheid echte slaap) bestaat uit vraag 1, 3 en 4 ((#slaapuren/#uren in bed) x 100%), component 5 (slaapverstoringen) bestaat uit vraag 5b – 5j (score: 0 = 0, 1-9 = 1, 10-18 = 2, 19-27 = 3), component 6 (gebruik van slaapmiddelen) bestaat uit vraag 6, component 7 (dagelijks functioneren) bestaat uit vraag 7 en 8 (score: 0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3). De totale PSQI score is de optelsom van de 7 componenten.

Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS)

De OOS wordt gebruikt om een goed beeld te krijgen van het verloop van de detoxificatie bij mensen die stoppen met het gebruik van verslavende middelen. Deze lijst wordt ingevuld door de verpleegkundige. De OOS bestaat uit 22 observeerbare kenmerken bij de patiënt en 12 anamnestiche gegevens en wordt ingevuld door de verpleegkundige, waarbij 0= afwezig en 1= aanwezig (range 0-13).

Wijze van afname

Start met de meting van temperatuur, pols en tensie. Observeer de patiënt gedurende een vijf minuten durende periode. U vult dit formulier in door aan te geven, bij ieder van de 13 items, of het gedrag aanwezig is (Ja) of niet (Nee) en nadien een optelling hiervan te maken. Vervolgens bevaart de verpleegkundige de patiënt op het gedrag uit de tweede kolom. Het formulier moet worden ingevuld door het vakje aan te kruisen naast het geobserveerde gedrag en nadien een optelling te maken hiervan. Gelijktijdig met de afname van de Objectieve vragenlijst (OOS) wordt door de patiënt de Subjectieve vragenlijst (SOS) ingevuld.

Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS)

Deze lijst wordt tegelijkertijd met de OOS gebruikt om een goed beeld te vormen van de verschijnselen welke mensen kunnen krijgen, als zij stoppen met het gebruik van verslavende middelen. Hierbij wordt uitsluitend gekeken naar de eigen indruk van de patiënt wat betreft de mogelijke onthoudingsverschijnselen. De SOS dekt alle in de DSM-IV beschreven onthoudingsklachten voor psychoactieve middelen.

Wijze van afname

De patiënt scoort zelf 33 onthoudingssymptomen in de SOS op een 5-puntsschaal (0 = helemaal niet – 4 = heel erg, met een maximale score van 132). Houd de dagelijkse uitkomsten bij op een overzichtslijst, zodat het medicatiebeleid indien nodig hierop aangepast kan worden.

VAS craving

Voor het meten van trek (craving) kan een visual analogue scale (VAS) gebruikt worden. De schaal wordt gebruikt bij het bepalen van de mate van craving bij de patiënt. De patiënt wordt gevraagd op een lijn aan te geven wat zijn gemiddelde gevoel van hunkeren naar het middel is (geweest) door een kruisje op het punt van de lijn te plaatsen dat het beste zijn gevoel weergeeft. Aan de linkerzijde staat "geen hunkering" en aan de rechterzijde "de ergst voorstelbare hunkering".

4 BIJLAGEN

Bloed Alcohol Concentratie (B.A.C.) scoringsformulier	90
Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised	91
Depressie Angst Stress (DASS) vragenlijst	94
Minnesota gedragsbeoordelingslijst (MNWS-R)	95
Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS)	96
Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS)	97
VAS voor craving	98

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised (CIWA-Ar)

Tijdstip:

Polsfrequentie of hartslag, opgenomen gedurende 1 minuut:

Bloeddruk:

91

1 MISSELIJKHEID EN BRAKEN

Vraag: 'Voelt u zich misselijk?' 'Heeft u gebraakt?'

Observatie:

- 0 Geen misselijkheid en geen braken
- 1 Lichte misselijkheid en geen braken
- 2
- 3
- 4 Intermitterende misselijkheid met braakneigingen
- 5
- 6
- 7 Constante misselijkheid, frequente braakneigingen en braken

Score:

2 TREMOR

Armen gestrekt en vingers gespreid

Observatie:

- 0 Geen tremor
- 1 Niet zichtbaar maar voelbaar door met vingertop aan de vingertop te voelen
- 2
- 3
- 4 Matig, met de armen van de patiënt gestrekt
- 5
- 6
- 7 Ernstig, zelfs met armen gestrekt

Score:

3 PAROXYSSMAAL ZWETEN

Observatie:

- 0 Geen zweet zichtbaar
- 1
- 2
- 3
- 4 Duidelijk zweetparels op het voorhoofd
- 5
- 6
- 7 Doornat van het zweten

Score:

4 TACTIELE STOORNISSEN

Vraag: 'Heeft u wat jeuk, een tintelend gevoel in een arm of been, een brandend gevoel, een doof gevoel, of heeft u het gevoel alsof er insecten onder uw huid kriebelen?'

Observatie:

- 0 Geen
- 1 Zeer lichte jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
- 2 Lichte jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
- 3 Matige jeuk, tintelend, brandend of doof gevoel
- 4 Matige hallucinaties
- 5 Ernstige hallucinaties
- 6 Extreem ernstige hallucinaties
- 7 Continue hallucinaties

Score:

.....

5 AUDITIEVE STOORNISSEN

Vraag: 'Bent u zich meer bewust van geluiden om u heen?' 'Klinken ze hard?', 'Maken ze u aan het schrikken?', 'Hooft u iets dat storend is voor u?', 'Hooft u dingen waarvan u weet dat ze er niet zijn?'

Observatie:

- 0 Niet aanwezig
- 1 Zeer lichte hardheid of vermogen om schrik aan te jagen
- 2 Lichte scherpte of vermogen om schrik aan te jagen
- 3 Matige scherpte of vermogen om schrik aan te jagen
- 4 Matige ernstige hallucinaties
- 5 Ernstige hallucinaties
- 6 Extreem ernstige hallucinaties
- 7 Continue hallucinaties

Score:

.....

6 VISUELE STOORNISSEN

Vraag: 'Lijkt het alsof het licht te helder is?', 'Is de kleur anders?', 'Doet het pijn aan uw ogen', 'Ziet u dingen die u schrik aanjagen?', 'Ziet u dingen waarvan u weet dat ze er niet zijn?'

Observatie:

- 0 Niet aanwezig
- 1 Zeer lichte gevoeligheid
- 2 Lichte gevoeligheid
- 3 Matige gevoeligheid
- 4 Matig ernstige hallucinaties
- 5 Ernstige hallucinaties
- 6 Extreem ernstige hallucinaties
- 7 Continue hallucinaties

Score:

.....

7 ANGST

Vraag: 'Voelt u zich zenuwachtig?'

Observatie:

- 0 Geen angst, op zijn gemak
- 1 Een beetje angstig
- 2
- 3
- 4 Matig angstig, of behoedzaam, zodat angst daaruit wordt afgeleid
- 5
- 6
- 7 Gelijkaardig aan acute paniek toestand, zoals gezien wordt bij delirium of acute schizofrene reacties

Score:

.....

8 OPWINDING

Observatie:

- 0 Normale activiteit
- 1 Een beetje meer dan normale activiteit
- 2
- 3
- 4 Matig gejaagd en rusteloos
- 5
- 6
- 7 Loopt heen en weer gedurende het grootste deel van het interview, of ligt constant te woelen in bed

Score:

93

9 HOOFDPIJN, VOL GEVOEL IN HET HOOFD

Vraag: 'Voelt uw hoofd anders?', 'Heeft u het gevoel dat er een band om het hoofd zit?'. Scoor duizeligheid of licht in het hoofd niet. Scoor in het andere geval de ernst.

Observatie:

- 0 Niet aanwezig
- 1 Zeer licht
- 2 Licht
- 3 Matig
- 4 Matig ernstig
- 5 Ernstig
- 6 Zeer ernstig
- 7 Extreem ernstig

Score:

10 ORIENTATIE EN OMNEVELD BEWUSTZIEN

Vraag: 'Welke dag is het?', 'Waar bent u?', 'Wie ben ik?'

Observatie:

- 0 Georiënteerd, kan getallen optellen
- 1 Kan getallen niet optellen en is onzeker over de datum
- 2 Gedesoriënteerd voor de datum met niet meer dan 2 kalenderdagen
- 3 Gedesoriënteerd voor de datum met meer dan 2 kalenderdagen
- 4 Gedesoriënteerd in plaats en/of persoon

Score:

Totaalscore (maximaal mogelijke score = 67):

Medicatie zo nodig:

Depressie Angst Stress (DASS) vragenlijst

Geef voor ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre de uitspraak de afgelopen week voor u van toepassing was door een nummer te omcirkelen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Besteed niet te veel tijd aan iedere uitspraak, het gaat om uw eerste indruk. De nummers hebben deze betekenis:

- 0 = Helemaal niet of nooit van toepassing
- 1 = Een beetje of soms van toepassing
- 2 = Behoorlijk of vaak van toepassing
- 3 = Zeer zeker of meestal van toepassing

		Helemaal niet of nooit	Een beetje of soms	Behoorlijk of vaak	Zeer zeker of meestal
1	Ik vond het moeilijk tot rust te komen nadat iets me overstuur had gemaakt.	0	1	2	3
2	Ik transpireerde merkbaar (bijv. zweethanden) terwijl het niet warm was en ik me niet inspande.	0	1	2	3
3	Ik was niet in staat om enig plezier te hebben bij wat ik deed.	0	1	2	3
4	Ik had moeite met ademen (bijv. overmatig snel ademen, buiten adem zijn zonder me in te spannen).	0	1	2	3
5	Ik vond het moeilijk om het initiatief te nemen om iets te gaan doen.	0	1	2	3
6	Ik had de neiging om overdreven te reageren op situaties.	0	1	2	3
7	Ik merkte dat ik beefde (bijv. met de handen).	0	1	2	3
8	Ik was erg opgefokt.	0	1	2	3
9	Ik maakte me zorgen over situaties waarin ik in paniek zou raken en mezelf belachelijk zou maken.	0	1	2	3
10	Ik had het gevoel dat ik niets had om naar uit te kijken.	0	1	2	3
11	Ik merkte dat ik erg onrustig was.	0	1	2	3
12	Ik vond het moeilijk me te ontspannen.	0	1	2	3
13	Ik voelde me somber en zwaarmoedig.	0	1	2	3
14	Ik had volstrekt geen geduld met dingen die me hinderden bij iets dat ik wilde doen.	0	1	2	3
15	Ik had het gevoel dat ik bijna in paniek raakte.	0	1	2	3
16	Ik was niet in staat om over ook maar iets enthousiast te worden.	0	1	2	3
17	Ik had het gevoel dat ik als persoon niet veel voorstel.	0	1	2	3
18	Ik merkte dat ik nogal licht geraakt was.	0	1	2	3
19	Ik was me bewust van mijn hartslag terwijl ik me niet fysiek inspande (bijv. het gevoel van een versnelde hartslag of het overslaan van het hart).	0	1	2	3
20	Ik was angstig zonder enige reden.	0	1	2	3
21	Ik had het gevoel dat mijn leven geen zin had.	0	1	2	3

Minnesota gedragsbeoordelingslijst (MNWS-R) Nederlandse vertaling

Geef aan in hoeverre er sprake is geweest van onderstaande klachten en in welke mate over de periode van _____ (bv. 24 uur / afgelopen week).

- 0 = helemaal niet;
- 1 = een beetje;
- 2 = nogal;
- 3 = tamelijk veel;
- 4 = heel erg

(omcirkel wat van toepassing is)

1	Boos/geprikeld/gefrustreerd	0	1	2	3	4
2	Angstig/gespannen/nervuus	0	1	2	3	4
3	Depressief, somber	0	1	2	3	4
4	Trek of drang om te roken	0	1	2	3	4
5	Moeite met concentreren	0	1	2	3	4
6	Toegenomen eetlust, honger, gewichtstoename	0	1	2	3	4
7	Slapeloosheid, slaapproblemen, 's nachts wakker zijn	0	1	2	3	4
8	Rusteloos	0	1	2	3	4
9	Ongeduldig	0	1	2	3	4
Totaalscore (0-36)						
10	Obstipatie	0	1	2	3	4
11	Duizeligheid	0	1	2	3	4
12	Hoesten	0	1	2	3	4
13	Dromen of nachtmerries	0	1	2	3	4
14	Misselijkheid	0	1	2	3	4
15	Keelpijn	0	1	2	3	4

Minnesota Withdrawal Scale – Revised (MWS-R) © 2005 Hughes & Hatsukami (Nederlandse vertaling: 2017, van de Graaf en Dijkstra). Vertaling is gebaseerd op Hughes & Hatsukami (2005), Etter e.a. (2013) en de Nederlandse vertaling aangeleverd door Hughes (d.d. 2004)

Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS)

(in te vullen door verpleegkundige)

Instructie

De OOS wordt gebruikt om een goed beeld te krijgen van het verloop van de ontwenning bij mensen die stoppen met het gebruik van verslavende middelen. In deze lijst worden zoveel mogelijk meetbare observatiecriteria aangehouden. Start met de meting van temperatuur, pols en tensie. Vervolgens observeert u het gedrag uit de eerste kolom en be vraagt u de patiënt op het gedrag uit de tweede kolom. U vult dit formulier in door aan te geven of het gedrag aanwezig is (Ja) of niet (Nee) en nadien een optelling hiervan te maken. Deze vragenlijst kan meerdere keren per dag afgenomen worden. Gelijktijdig met de afname van de Objectieve vragenlijst (OOS) wordt door de patiënt de Subjectieve vragenlijst (SOS) ingevuld.

METING	
Temperatuur	
Polsslag	
Tensie	

	OBSERVATIE Observator stelt vast	Aanwezig		ANAMNESTISCHE GEGEVENS Patiënt vertelt	Aanwezig	
		Ja	Nee		Ja	Nee
1	Geeuwen			Slaapt niet		
2	Loopneus			Heeft spierpijn		
3	Kippenvel			Is misselijk		
4	Transpireren (zweeten)			Eet veel		
5	Tranende ogen			Wil gaan gebruiken		
6	Pupilvergroting			Droomt levendig		
7	Trillende handen			Droomt onplezierig		
8	Opstijgingen (warm) en rillingen (koud)			Heeft honger		
9	Rusteloosheid (frequent verandering van houding)			Ziet dingen en die er niet zijn...		
10	Braken			Hoort dingen die er niet zijn...		
11	Spiertrekkingen			Heeft het plotseling koud en warm		
12	Buikkrampen (houdt de buik vast)			Heeft aandrang, diarree		
13	Angst					
14	Misselijkheid					
15	(Epileptische) insulten					
16	Oogt sloom, komt sloom over					
17	Oogt somber, komt somber over					
18	Gespannen, gejaagd					
19	Trilt					
20	Slaperig, slaapt					
21	Vermoeidheid, moe					
22	Traag					
	Totaal			Totaal		

Objectieve OnthoudingsSchaal (OOS). De Jong, van Hoek en Jongerhuis (2014).
Richtlijn detox. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Subjectieve OnthoudingsSchaal (SOS)

(In te vullen door de patiënt)

Instructie

Deze lijst wordt gebruikt om een goed beeld te vormen van de verschijnselen welke mensen kunnen krijgen, als zij stoppen met het gebruik van verslavende middelen. Hierbij wordt uitsluitend gekeken naar uw eigen indruk wat betreft de onderstaande verschijnselen. Beantwoord de vragen door het vakje aan te kruisen onder het antwoord dat het meest van toepassing is op de door jou, op dit moment, beleefde klachten (dus niet over de afgelopen 24 uur gezien).

Ik ...	4 Heel erg	3 Erg	2 Nogal	1 Een beetje	0 Helemaal niet
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
Subtotaal					
Totaal					

VAS voor craving

98

Middel 1

Geef op onderstaande lijn aan wat uw gemiddelde gevoel van hunkeren naar het middel is (geweest).
Zet een kruisje op het punt van de lijn dat het beste uw gevoel weergeeft.

Geen hunkering

Ergst voorstelbare hunkering

Geef op onderstaande lijn aan hoe vaak u dit gevoel van hunkeren naar dit middel ervaart.
Zet een kruisje op het punt van de lijn dat het beste uw gevoel weergeeft.

Nooit hunkering

Altijd hunkering

Duur van de periode waarin je deze craving hebt ervaren:

- op dit moment
- deze dag
- afgelopen week

Middel 2 (als er meer dan één middel is dat u regelmatig gebruikt)

Geef op onderstaande lijn aan wat uw gemiddelde gevoel van hunkeren naar het middel is (geweest).
Zet een kruisje op het punt van de lijn dat het beste uw gevoel weergeeft.

Geen hunkering

Ergst voorstelbare hunkering

Geef op onderstaande lijn aan hoe vaak u dit gevoel van hunkeren naar dit middel ervaart.
Zet een kruisje op het punt van de lijn dat het beste uw gevoel weergeeft.

Nooit hunkering

Altijd hunkering

Duur van de periode waarin je deze craving hebt ervaren:

- op dit moment
- deze dag
- afgelopen week
